

**В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, Т.В. Колосова, Д.В. Мороз**

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ  
МАТЕРИ И РЕБЕНКА**

**ВИТЕБСК, 2010**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

**В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, Т.В. Колосова, Д.В. Мороз**

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ  
ОРГАНИЗАЦИЙ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ  
МАТЕРИ И РЕБЕНКА**

Под редакцией доктора медицинских наук,  
профессора В.С. Глушанко

(учебно-методическое пособие для студентов  
высших медицинских учреждений образования)

**Витебск  
«ВГМУ»  
2010**

УДК 614.2:613–005.2–058.86  
ББК 51.1,4я73  
А64

Рецензент:

Зав. кафедрой общей гигиены с экологией учреждения образования  
«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский  
университет», профессор И.И. Бурак

**Глушанко, В.С.**

**А64** Анализ деятельности организаций здравоохранения службы охраны здоровья матери и ребенка: учеб.-метод. пособие. / В.С. Глушанко, А.П. Тимофеева, Т.В. Колосова, Д.В. Мороз; Под ред. доктора мед. наук, проф. В.С. Глушанко. – Витебск: ВГМУ, 2010. – 239 с.

ISBN 978-985-466-392-0

Методическое пособие «Анализ деятельности организаций здравоохранения службы охраны здоровья матери и ребенка» по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» соответствует типовому учебному плану и типовой учебной программе по предмету, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Пособие предназначено для студентов лечебного факультета и факультета подготовки иностранных граждан по специальности «Лечебное дело» при проведении лабораторных занятий по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение».

В пособии представлены материалы, характеризующие здоровье населения как компонент демографической безопасности государства, дан перечень нормативно-правовых документов в области охраны здоровья матери и ребенка, представлена организация амбулаторно-поликлинической медицинской помощи женскому населению, организация лечебно-диагностической помощи беременным женщинам в стационарных организациях здравоохранения, организация лечебно-профилактической помощи детям и подросткам, медицинская документация, используемая в службе охраны здоровья матери и ребенка и требования к ее оформлению.

Пособие содержит типовые задания и варианты индивидуальных заданий по расчету, анализу и оценке показателей деятельности женской консультации, родильного дома и детской поликлиники, а также индивидуальные задания по экспертизе трудоспособности в организациях службы охраны здоровья матери и ребенка.

**УДК 614.2:613–005.2–058.86**  
**ББК 51.1,4я73**

© Глушанко В.С., Тимофеева А.П., Колосова Т.В.,  
Мороз Д.В. 2010  
© УО «Витебский государственный медицинский  
университет», 2010

ISBN 978-985-466-392-0

## СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ .....	8
I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ .....	10
II. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ .....	11
III. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ .....	11
IV. МОТИВАЦИЯ ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ .....	14
V. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ .....	15
VI. МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ .....	16
VII. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ .....	18
VIII. ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК ТЕМЫ .....	18
1. Здоровье населения и демографическая безопасность государства .....	18
2. Нормативно-правовые документы Республики Беларусь в области охраны здоровья матери и ребенка .....	20
3. Организационная структура службы охраны здоровья матери и ребенка .....	22
4. Уровни оказания перинатальной помощи .....	23
5. Организация амбулаторно-поликлинической медицинской помощи женскому населению .....	24
5.1. Задачи женской консультации .....	25
5.2. Задачи регистратуры женской консультации .....	26
5.3. Функциональные обязанности участкового врача акушер-гинеколога .....	27
5.4. Организация профилактической работы в женской консультации .....	28
5.5. Диспансеризация гинекологических больных .....	31
5.6. Организация работы дневного стационара в ЖК .....	31

5.7.	Организация медицинской реабилитации гинекологических больных .....	32
5.8.	Организация медицинской помощи беременным на амбулаторно-поликлиническом этапе .....	33
5.9.	Группы резерва родов.....	36
5.10.	Показания для проведения медико-генетической консультации семей, планирующих беременность .....	38
5.11.	Факторы «риска» неблагоприятного исхода беременности .....	38
5.12.	Порядок выдачи и оформления листков нетрудоспособности по беременности и родам .....	40
5.13.	Работа по формированию ЗОЖ среди женщин .....	43
5.14.	Оказание амбулаторной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению .....	43
5.15.	Показатели деятельности женской консультации .....	45
<b>6.</b>	<b>Организация работы акушерско-терапевтско-педиатрического комплекса .....</b>	<b>49</b>
<b>7.</b>	<b>Организация лечебно-диагностической помощи беременным женщинам в стационарных организациях здравоохранения .....</b>	<b>53</b>
7.1.	Организация оказания медицинской помощи в родильном доме .....	53
7.2.	Задачи и функции акушерского стационара .....	54
7.3.	Обязанности заведующего отделениями родовспоможения .....	56
7.4.	Обязанности врача-ординатора .....	57
7.5.	Обязанности акушерки отделений родовспоможений ..	58
7.6.	Структура родильного дома .....	59
7.7.	Санитарно-гигиенические мероприятия в приемно-смотровом отделении .....	62

7.8.	Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия в родовом отделении .....	64
7.9.	Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия в послеродовом физиологическом отделении и в отделении новорожденных .....	67
7.10.	Показания к госпитализации в наблюдательное акушерское отделение .....	73
7.11.	Показания для перевода в наблюдательное отделение ..	74
7.12.	Показания для госпитализации или перевода новорожденных в наблюдательное отделение .....	74
7.13.	Санитарно-гигиенический режим в наблюдательном акушерском отделении .....	75
7.14.	Показания для родоразрешения в акушерском стационаре II уровня .....	75
7.15.	Показания для родоразрешения в акушерских стационарах III уровня .....	76
7.16.	Показатели деятельности акушерского стационара .....	76
<b>8.</b>	<b>Организация лечебно-профилактической помощи детям и подросткам .....</b>	<b>81</b>
8.1.	Организация лечебно-профилактической помощи новорожденным .....	82
8.2.	Организация работы детской поликлиники .....	83
8.3.	Профилактическая работа детской поликлиники .....	86
8.4.	Порядок выдачи и оформления листов нетрудоспособности в связи с уходом за больным членом семьи, уходом за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, практически осуществляющего уход за ребенком .....	91
8.5.	Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в ДП .....	96

8.6.	Организация оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15 – 17 лет .....	97
8.7.	Показатели работы детской поликлиники .....	101
8.8.	Организация медицинской помощи детям в детских дошкольных учреждениях, школах, школах-интернатах, лагерях отдыха .....	105
9.	Организация стационарной лечебно-диагностической и профилактической помощи детям .....	106
10.	Требования к оформлению медицинской документации .....	118
11.	Индивидуальные задания по расчету и анализу показателей деятельности женской консультации N региона .....	128
12.	Индивидуальные задания по расчету и анализу показателей деятельности родильного дома N региона .....	151
13.	Индивидуальные задания по расчету и анализу показателей деятельности детской поликлиники N региона .....	172
14.	Индивидуальные задания по экспертизе трудоспособности в организациях службы охраны здоровья матери и ребенка .....	194
XI.	КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ .....	199
XII.	ЛИТЕРАТУРА .....	201
XIII.	ПРИЛОЖЕНИЯ .....	203
	Приложение 1. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 августа 2004 г. № 32 «Об утверждении инструкции об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15-17 лет» .....	204
	Приложение 2. Инструкция о порядке заполнения и выдачи формы № 103/у-01 «Медицинская справка о рождении» и регистрации живорождения: Утверждена Постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Министерства статистики и анализа Республики Беларусь 04.02.2002 № 4/11 .....	207

Приложение 3. Инструкция о порядке заполнения и выдачи  
формы № 106-2/у-01 «Врачебное свидетельство о перина-  
тальной и младенческой смерти» и регистрации случаев  
мертворождения и смерти детей первого года жизни: Утвер-  
ждена Постановлением Министерства здравоохранения Рес-  
публики Беларусь и Министерства статистики и анализа Рес-  
публики Беларусь 04.02.2002 № 4/11  
.....

210



## ПЕРЕЧЕНЬ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АГП	–	Акушерско-гинекологическая помощь
АД	–	Артериальное давление
АТПК	–	Акушерско-терапевтическо-педиатрический комплекс
ВБИ	–	Внутрибольничная инфекция
ВИЧ	–	Вирус иммунодефицита
ВКК	–	Врачебно-консультационная комиссия
ВН	–	Временная нетрудоспособность
ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
ВПр	–	Врожденные пороки развития
ВУТ	–	Временная утрата трудоспособности
ГРР	–	Группа «резерва родов»
ДБ	–	Детская больница
ДДУ	–	Детское дошкольное учреждение
ДП	–	Детская поликлиника
ДУ	–	Диспансерный учет
ЖК	–	Женская консультация
ЖРС	–	Женская репродуктивная сфера
ЗОЖ	–	Здоровый образ жизни
ИППП	–	Инфекция, передающаяся половым путем
ЛКС	–	Лечебно-контрольный совет
КМП	–	Качество медицинской помощи
ЛН	–	Листок нетрудоспособности
ЛПО	–	Лечебно-профилактическая организация
МЗ РБ	–	Министерство здравоохранения Республики Беларусь
МКБ-10	–	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра
МКР	–	Модель конечных результатов
МП	–	Медицинская помощь
МПЦ	–	Межрайонный перинатальный центр
МРЭК	–	Медико-реабилитационная экспертная комиссия
МС	–	Материнская смертность
МСЧ	–	Медико-санитарная часть
МТ	–	Медицинская технология
ПМСП	–	Первичная медико-санитарная помощь
МУ	–	Медицинские услуги
ОЗ	–	Организация здравоохранения
ОМГЦ	–	Областной медико-генетический центр
ОМК	–	Организационно-методический кабинет

РБ	–	Республика Беларусь
РАО	–	Реанимационное отделение
РНПЦ	–	Республиканский научно-практический центр
СВА	–	Сельская врачебная амбулатория
СМП	–	Скорая медицинская помощь
СМ РБ	–	Совет Министров Республики Беларусь
УЗИ	–	Ультразвуковое исследование
УЗО	–	Управление здравоохранения облисполкома
УО	–	Учреждение образования
УФО		Ультрафиолетовое излучение
ФАП	–	Фельдшерско-акушерский пункт
ЦГЭ и ОЗ	–	Центр гигиены, эпидемиологии и общественно- го здоровья
ЦРБ	–	Центральная районная больница
ЭГП	–	Экстрагенитальная патология

## **I. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ**

**Цель.** Освоение, закрепление, углубление и проверка у студентов теоретических знаний и практических навыков по организации медицинской помощи матери и ребенку, а также проведение расчета, анализа и оценки основных показателей, характеризующих деятельность акушерских, гинекологических и детских лечебно-профилактических организаций здравоохранения.

### **Задачи**

1. Ознакомить студентов с принципами и особенностями организации амбулаторно-поликлинической помощи женщинам, детям, подросткам.
2. Изучить задачи, функции и структуру женской консультации и детской поликлиники.
3. Ознакомить студентов с организацией и оказанием стационарной медицинской помощи женщинам и детям, изучить взаимосвязь стационарных организаций здравоохранения с деятельностью других организаций здравоохранения (ОЗ).
4. Изучить организацию труда врачей и среднего медицинского персонала женской консультации, родильного дома, детской поликлиники, детской больницы, показать взаимосвязь между женской консультацией, родильным домом и детской поликлиникой.
5. Разъяснить принцип работы акушерско-терапевтико-педиатрического комплекса (АТПК).
6. Изучить группы резерва родов.
7. Представить для усвоения основные показатели работы женской консультации, родильного дома и детской поликлиники.
8. Освоить методику анализа деятельности организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную медицинскую помощь (МП) женщинам, детям и подросткам, с использованием модели конечных результатов (МКР).
9. Привить навыки ведения учетной и отчетной документации женской консультации, родильного дома и детской поликлиники.
10. Ознакомить студентов с документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и правилами их выдачи.
11. Изучить, закрепить и проверить у студентов практические навыки по оформлению листков нетрудоспособности при обращении женщин и детей в лечебно-профилактические организации (ЛПО), оказывающие медицинскую помощь.

## **II. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ**

1. Основные принципы организации амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической МП женщинам.
2. Структуру, режим и основные задачи женской консультации.
3. Организацию проведения профилактических осмотров женского населения с целью раннего выявления гинекологических заболеваний.
4. Организацию диспансеризации беременных женщин и гинекологических больных.
5. Организацию прегравидарного оздоровления женщин.
6. Управление, структуру, функции ЛПО, оказывающих стационарную медицинскую помощь женщинам, их взаимосвязь с деятельностью других организаций здравоохранения, правила оформления медицинской документации в приемном отделении.
7. Обязанности заведующего и ординатора отделений родовспоможения.
8. Обязанности старшей акушерки родильного дома и акушерок отделений.
9. Организацию и проведение комплекса санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций (ВБИ) в акушерских стационарах.
10. Организацию лечебно-профилактической помощи детскому населению.
11. Организацию медицинской помощи новорожденным.
12. Организацию и принципы работы детской поликлиники.
13. Организацию стационарной медицинской помощи детям.
14. Организационные мероприятия по укреплению женского репродуктивного здоровья в детском и подростковом возрасте.
15. Порядок выдачи медицинской справки о рождении (форма № 103/у-02).
16. Инструкцию о порядке заполнения и выдачи формы № 106-2/у-01 «Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти».

## **III. СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ**

1. Качественно оформлять следующую медико-статистическую документацию:
  - Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (ф. 001/у);

- Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (ф. 002/у);
- Медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у-07);
- Медицинская карта прерывания беременности (ф. 003-1/у);
- История родов (ф. 096/у);
- История развития новорожденного (ф. 097/у);
- Лист регистрации переливания трансфузионных средств (ф. 005/у);
- Журнал регистрации переливания трансфузионных средств (ф. 009/у);
- Журнал записи родов в стационаре (ф. 010/у);
- Журнал отделения (палаты) для новорожденных (ф. 102/у);
- Журнал записи оперативных вмешательств (ф. 008/у);
- Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы (ф. 113/у);
- Индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. 111/у);
- Медицинская карта ребенка (ф. 026/у);
- Медицинская справка о рождении (ф. 103/у- 01);
- Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (ф. 027/у);
- Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (ф. 027-у-03);
- Выписка из медицинской карты стационарного больного со злокачественным новообразованием (ф. 027-1/у-03);
- Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (ф. 007/у);
- Статистическая карта больного, выбывшего из стационара (066/у-07);
- Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек (ф. 016/у);
- Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (ф. 058/у);
- Извещение о впервые в жизни установленном диагнозе активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микро-спории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания (ф. 089/у);
- Извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования (ф. 090/у-03);
- Журнал учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у);
- Журнал регистрации амбулаторных больных (ф. 074/у);
- Медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у-07);
- Талон на прием к врачу (ф. 025-1/у-07);

- Книга записи вызова врача на дом (ф. 031/у);
  - Журнал записи амбулаторных операций (ф. 069/у);
  - Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у);
  - Книга регистрации листков нетрудоспособности (ф. 036/у);
  - Журнал учета санитарно-просветительной работы (ф. 038-у);
  - Журнал для записи заключений ВКК (ф. 035/у);
  - Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (ф. 116/у);
  - Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (ф. 025-2/у);
  - Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации (ф. 039/у);
  - Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации, здравпункта, ФАП (ф. 039-1/у);
  - Направление на патологоанатомическое исследование (ф. 013/у-07);
  - Протокол (карта) патологоанатомического исследования (ф. 013/у);
  - Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти (ф. 106-2/у-01).
2. Вычислять основные показатели деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам, детям и подросткам.
  3. В целях повышения эффективности и качества работы, объективной оценки деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных организаций, оказывающих медицинскую помощь женщинам и детям, проводить анализ деятельности данных организаций на основе МКР.
  4. Организовать и провести комплекс санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий для предотвращения возникновения ВБИ в ЛПО, оказывающих медицинскую помощь женщинам и детям.

#### IV. МОТИВАЦИЯ ТЕМЫ ЗАНЯТИЯ

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» изучается студентами высших медицинских учреждений образования в соответствии с образовательным стандартом «Высшее образование», типовой и рабочей учебными программами.

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения основной целью учебного процесса определила подготовку врача-специалиста, отвечающего инновационным запросам современного общества. Особая значимость в этой связи придается формированию высокого профессионального уровня студентов-медиков в вопросах реализации демографической политики в Республике Беларусь (РБ).

Демографическая ситуация в РБ характеризуется устойчивой тенденцией депопуляции, обусловленной превышением смертности над рождаемостью, прогрессирующим старением населения, неблагоприятной структурой населения по полу и возрасту, сокращением ожидаемой при рождении продолжительности жизни. Основное направление в социально-демографическом оздоровлении государства - это забота о повышении в обществе ценности семьи и материнства.

Организационно-методические аспекты работы организаций здравоохранения, которые оказывают амбулаторно-поликлиническую и стационарную МП помощь женщинам и детям, а также проводят учет и анализ основных показателей их деятельности, являются основой для эффективного развития здравоохранения регионов. Поэтому особое внимание уделяется освоению студентами практических навыков, необходимых для успешной профессиональной деятельности в сфере организации медицинской помощи матери и ребенку, научного обоснования медико-организационных резервов повышения эффективности медицинских технологий, совершенствования механизмов управления качеством медицинской помощи (КМП) населению РБ.

Знания по организации оказания медицинской помощи матери и ребенку и умения по расчету и анализу показателей работы амбулаторно-поликлинических и стационарных организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь женскому и детскому населению позволяют целенаправленно строить работу врача, эффективно проводить лечебно-диагностические и реабилитационные мероприятия, успешно управлять лечебно-диагностическим процессом.

Разбор типовых заданий и индивидуальная работа студентов позволяет им закрепить полученные знания и умения по анализу и оценке основных показателей, характеризующих деятельность организаций здравоохранения, и разработать предложения управленческого характера по совершенствованию различных сторон деятельности врача и организаций здравоохранения с учетом конкретно складывающихся усло-

вий.

## **V. ОСНОВНЫЕ ВОПРОСЫ ТЕМЫ**

1. Номенклатура ОЗ.
2. Нормативно-правовые документы РБ в области охраны здоровья матери и ребенка.
3. Организационная структура службы охраны здоровья матери и ребенка.
4. Обязанности главного акушер-гинеколога УЗО.
5. Уровни оказания перинатальной помощи.
6. Организация амбулаторно-поликлинической помощи женскому населению.
7. Задачи женской консультации.
8. Функциональные обязанности участкового врача акушер-гинеколога.
9. Методы обследования молочной железы.
10. Диспансеризация беременных женщин и гинекологических больных.
11. Организация медицинской реабилитации гинекологических больных.
12. Организация работы АТП комплексов.
13. Работа по формированию здорового образа жизни в ЖК.
14. Оказание амбулаторной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению.
15. Показатели деятельности женской консультации.
16. Организация лечебно-диагностической помощи беременным женщинам в стационарных организациях здравоохранения.
17. Задачи и функции акушерского стационара.
18. Обязанности врача ординатора родильного дома.
19. Санитарно-гигиенические мероприятия в приемно-смотровом отделении родильного дома.
20. Санитарно-гигиенический режим в наблюдательном отделении.
21. Организация лечебно-профилактической помощи новорожденным.
22. Организация работы детской поликлиники.
23. Структура детской поликлиники.
24. Функциональные обязанности участкового врача педиатра ДП.
25. Обязанности участковой медицинской сестры.
26. Функции кабинета здорового ребенка.
27. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в ДП.



28. Показатели работы ДП.
29. Организация стационарной лечебно-диагностической помощи детям и подросткам.
30. Порядок выдачи и оформления листков нетрудоспособности по беременности и родам.
31. Порядок выдачи и оформления листков нетрудоспособности в связи с уходом за больным ребенком, уходом за ребенком до 3 лет и ребенком инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком.
32. Требования к оформлению медицинской документации, используемой в службе охраны матери и ребенка.

## **VI. МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ**

1. Наглядные пособия:
  - «Номенклатура лечебно-профилактических организаций».
2. Образцы основных учетно-отчетных медицинских документов службы охраны здоровья матери и ребенка:
  - Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (ф. 001/у);
  - Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (ф. 002/у);
  - Медицинская карта стационарного больного (ф. 003/у-07);
  - Медицинская карта прерывания беременности (ф. 003-1/у);
  - История родов (ф. 096/у);
  - История развития новорожденного (ф. 097/у);
  - Лист регистрации переливания трансфузионных средств (ф. 005/у);
  - Журнал регистрации переливания трансфузионных средств (ф. 009/у);
  - Журнал записи родов в стационаре (ф. 010/у);
  - Журнал отделения (палаты) для новорожденных (ф. 102/у);
  - Журнал записи оперативных вмешательств (ф. 008/у);
  - Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы (ф. 113/у);
  - Индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. 111/у);
  - Медицинская карта ребенка (ф. 026/у);
  - Медицинская справка о рождении (ф. 103/у- 01);
  - Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (ф. 027/у);

- Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (ф. 027-у-03);
- Выписка из медицинской карты стационарного больного со злокачественным новообразованием (ф. 027-1/у-03);
- Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (ф. 007/у);
- Статистическая карта больного, выбывшего из стационара (066/у-07);
- Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек (ф. 016/у);
- Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку (ф. 058/у);
- Извещение о впервые в жизни установленном диагнозе активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания (ф. 089/у);
- Извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования (ф. 090/у-03);
- Журнал учета инфекционных заболеваний (ф. 060/у);
- Журнал регистрации амбулаторных больных (ф. 074/у);
- Медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у-07);
- Талон на прием к врачу (ф. 025-1/у-07);
- Книга записи вызова врача на дом (ф. 031/у);
- Журнал записи амбулаторных операций (ф. 069/у);
- Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. 030/у);
- Книга регистрации листков нетрудоспособности (ф. 036/у);
- Журнал учета санитарно-просветительной работы (ф. 038-у);
- Журнал для записи заключений ВКК (ф. 035/у);
- Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (ф. 116/у);
- Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (ф. 025-2/у);
- Дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации (ф. 039/у);
- Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации, здравпункта, ФАП (ф. 039-1/у);
- Направление на патологоанатомическое исследование (ф. 013/у-07);
- Протокол (карта) патологоанатомического исследования (ф. 013/у);

- Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти (ф. 106-2/у-01).

3. Методические указания для проведения лабораторных занятий со студентами лечебного факультета или факультета подготовки иностранных граждан по теме: «Организация лечебно-профилактической помощи женскому и детскому населению. Анализ деятельности организаций здравоохранения службы охраны здоровья матери и ребенка».

## **VII. МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ**

Тема изучается в течение шести часов занятия и состоит из 4-х частей.

1. Определение исходного уровня знаний студентов, разбор и обсуждение основных вопросов темы.
2. Разбор типового и выполнение индивидуальных заданий по расчету, анализу и оценке качественных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических и стационарных организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь матери и ребенку.
3. Изучение, закрепление и проверка у студентов практических навыков по оформлению листков нетрудоспособности при обращении женщин и детей в ЛПО, оказывающих медицинскую помощь.
4. Контроль освоения студентами теоретических знаний и практических навыков, подведение итогов занятия.

## **VIII. ИНФОРМАЦИОННЫЙ БЛОК ТЕМЫ**

### **1. Здоровье населения и демографическая безопасность государства**

Здоровье населения, динамика его развития на ближайший и долгосрочный периоды во всех странах мира являются основными проблемами, когда встает вопрос об уровне и перспективах развития общества.

Состояние здоровья населения является интегрированным показателем социально-экономического развития общества, наличия в стране действенной системы социальных гарантий, характеризующих степень ответственности государства перед своими гражданами.

Современная демографическая ситуация в Республике Беларусь характеризуется процессом естественной убыли населения, представ-

ляющей потенциальную угрозу устойчивому развитию государства и национальной безопасности.

Особенностью процесса депопуляции населения является одновременное снижение уровня рождаемости и повышения уровня смертности, в первую очередь среди лиц трудоспособного возраста, особенно мужчин.

Государственная политика в области демографической безопасности базируется на социально-медицинской профилактике, направленной на сохранение, восстановление и укрепление здоровья; развитии системы здравоохранения; переориентации на эти цели расходов и экономических средств; поддержании здорового образа жизни во всех сферах деятельности (промышленность, сельское хозяйство, образование, наука, культура и др.).

Целью демографической политики Республики Беларусь является постепенная стабилизация численности населения и формирование предпосылок для последующего демографического роста.

Достижение этой цели возможно только с использованием комплексного подхода к решению задач, направленных на улучшение демографической ситуации в стране, в рамках Национальной программы демографической безопасности. Основными направлениями реализации программы являются: стимулирование рождаемости и укрепление семьи; оптимизация миграционных процессов; создание научно обоснованных предпосылок реализации мероприятий государственной демографической политики, а также реализация комплекса мер по совершенствованию системы здравоохранения для улучшения репродуктивного здоровья населения, охраны здоровья матери и ребенка; снижение заболеваемости и смертности за счет мероприятий по формированию здорового образа жизни и устранения влияния неблагоприятных факторов среды обитания; снижение смертности населения по основным классам болезней в результате внедрения медико-организационных, технологических и инновационных мероприятий.

При проведении анализа составляющих репродуктивного здоровья женского населения РБ установлены негативные сдвиги: увеличение числа осложнений беременности и родов, рост гинекологических заболеваний, бесплодия, высокий уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), ухудшение здоровья подростков. На сегодняшний день более 75 % беременных женщин имеют заболевания, негативно влияющие на внутриутробное развитие плода и приводящие к ухудшению здоровья ребенка.

В Республике Беларусь в последние годы регистрируется только 24,5 % нормальных родов, в остальных случаях имеет место генитальная и экстрагенитальная патология. Отмечен рост патологии беремен-

ности, родов и послеродового периода у подростков (девушек) в 6,6 раза.

Для реализации комплекса мер по улучшению репродуктивного здоровья населения и охране здоровья матери и ребенка необходимо решить следующие задачи:

- снизить уровень бесплодия;
- совершенствовать службу планирования семьи и медико-генетического консультирования;
- обеспечить своевременную диагностику врожденных пороков развития;
- обеспечить доступность высокотехнологической медицинской помощи женщинам и детям;
- повысить качество оказания медицинской помощи беременным, женщинам во время и после родов, детям;
- дооснастить перинатальные центры всех уровней необходимым оборудованием;
- снизить перинатальную и младенческую смертность.

## **2. Нормативно-правовые документы Республики Беларусь в области охраны здоровья матери и ребенка**

Правовое обеспечение охраны здоровья матери и ребенка в Республике Беларусь основано на принципах, заложенных в статье 25 Всеобщей декларации прав человека, принятой Генеральной Ассамблеей ООН 10 декабря 1948 года.

В статье 24 Конвенции о правах ребенка, принятой Генеральной Ассамблеей ООН и вступившей в действие в Республике Беларусь 31 октября 1990 года признается право ребенка на пользование наиболее совершенными услугами системы здравоохранения и средствами лечения болезней и восстановления здоровья.

Для осуществления данного права государством должны приниматься следующие меры для снижения уровней младенческой и детской смертности:

- обеспечение предоставления необходимой квалифицированной медицинской помощи, уделяя первоочередное внимание развитию первичной медико-санитарной помощи (ПМСП);
- предоставление матерям надлежащих услуг по охране здоровья в период беременности и послеродовом периоде;
- обеспечение осведомленности родителей о здоровье, питании детей, преимуществах грудного кормления, гигиене, санитарии среды обитания ребенка и предупреждение несчастных случаев;

- обеспечение доступа к образованию по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) в области профилактической медицинской помощи и планирования размера семьи.

Основными нормативно-правовыми документами Республики Беларусь в области охраны здоровья матери и ребенка являются:

- ⌘ Конституция Республики Беларусь от 15 марта 1994 г. (с изменениями и дополнениями, принятыми на Республиканском референдуме от 24.11.1996 г.);
- ⌘ Закон Республики Беларусь «О правах ребенка» от 19 ноября 1993 г. (в редакции от 5 июля 2004 г.);
- ⌘ Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1999 г. (в редакции от 11 января 2002 г.);
- ⌘ Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы, утвержденная Указом Президента Республики Беларусь от 26 марта 2007 года №135;
- ⌘ Программа национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2004-2010 годы, утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 18 декабря 2003 года № 166 (Национальный реестр правовых актов РБ, 2004 год № 1, 5/13558);
- ⌘ Республиканская программа «Молодежь Беларуси» на 2006-2010 годы, утвержденная Указом Президента РБ от 04.04.2006 года № 200 (Национальный реестр правовых актов РБ, 2006 год, № 56, 1/7417);
- ⌘ Президентская программа «Дети Беларуси» на 2006-2010 годы, утвержденная Указом Президента РБ от 15.05.2006 года № 318 (Национальный реестр правовых актов РБ, 2006 год, № 86, 1/7590);
- ⌘ Программа развития здравоохранения РБ на 2006-2010 годы, утвержденная постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 21 августа 2006 года, № 1116 (Национальный реестр правовых актов РБ, 2006 год № 145, 5/22834);
- ⌘ Декреты, указы и другие нормативные акты Президента Республики Беларусь;
- ⌘ постановления Совета Министров Республики Беларусь (СМ РБ);
- ⌘ постановления, приказы, инструкции и положения Министерства здравоохранения Республики Беларусь (МЗ РБ).

### **3. Организационная структура службы охраны здоровья матери и ребенка**

В Республике Беларусь руководство и контроль за организацией лечебно-профилактической помощи матери и ребенку возлагается на Министерство здравоохранения, возглавляемое министром здравоохранения.

МЗ РБ в области охраны здоровья матери и ребенка выполняет следующие функции:

- ✓ разработка и осуществление мероприятий по обеспечению демографической безопасности в республике;
- ✓ разработка и принятие нормативных документов, содержащих мероприятия по укреплению здоровья женщин и детей;
- ✓ осуществление контроля по рациональному использованию бюджетных средств, выделяемых для эффективного функционирования ЛПО, оказывающих медицинскую помощь женщинам и детям;
- ✓ обеспечение фармакологического и технического оснащения перинатальных центров;
- ✓ разработка и осуществление мероприятий по повышению квалификации медицинского персонала ЛПО, оказывающих лечебно-профилактическую помощь женщинам и детям;
- ✓ координация и финансирование научных исследований в области охраны здоровья матери и ребенка;
- ✓ установление стандартов качества акушерско-гинекологической и педиатрической помощи;
- ✓ утверждение порядка лицензирования медицинской и фармакологической деятельности ЛПО акушерско-гинекологического и педиатрического профиля;
- ✓ проведение анализа и осуществление контроля статистической отчетности и учета в службе охраны здоровья матери и ребенка.

На региональном уровне руководство и контроль за организацией лечебно-профилактической помощи матери и ребенку возлагается на управление здравоохранением облисполкома (УЗО).

Непосредственное руководство деятельностью службы родовспоможения области осуществляет главный акушер-гинеколог УЗО, руководство деятельностью педиатрической службы области осуществляет главный педиатр УЗО.

В сельской местности оказание медицинской помощи женщинам и детям организовано в сельской врачебной амбулатории (СВА), которые входят в состав центральных районных больниц (ЦРБ). Районным акушером-гинекологом или педиатром является один из заведующих отделением в ЦРБ, который отвечает за оказание акушерско-гинекологической и педиатрической помощи в районе и подчиняется

заместителю главного врача ЦРБ, курирующему службу охраны здоровья матери и ребенка.

### **Обязанности главного акушер-гинеколога УЗО**

- Осуществление руководства акушерско-гинекологической службой области в соответствии с директивными документами МЗ РБ, под руководством заместителя начальника УЗО по лечебным вопросам;
- Проведение областных семинаров, выездных циклов, клинических и патологоанатомических конференций, участие в работе аттестационных комиссий для повышения квалификации врачей и средних медицинских работников;
- Проведение анализа выполнения мероприятий в подведомственных организациях здравоохранения по снижению заболеваемости с временной утратой трудоспособности;
- Осуществление контроля по качественному и эффективному использованию контрацептивных средств;
- Рациональное распределение и использование медицинского оборудования и аппаратуры для ЛПО;
- Организация и контроль работы в ЛПО по оказанию гинекологической помощи детям;
- Оказание консультативной и методической помощи районным и областным организациям здравоохранения совместно с кафедрой акушерства и гинекологии регионального высшего медицинского учреждения образования (УО);
- Проведение анализа писем, жалоб, обращений населения на недостатки в оказании медицинской помощи женщинам и детям в ЛПО и разработка комплекса мероприятий по их устранению;
- Участие в приеме годовых статистических отчетов ЛПО, проведение анализа данных и разработка мероприятий по устранению выявленных недостатков.

### **4. Уровни оказания перинатальной помощи**

1. Республиканский научно-практический центр (РНПЦ) «Мать и дитя» - IV уровень.
2. Межрайонный перинатальный центр (МПЦ) III уровня - областные родильные дома, крупные родильные отделения общесоматических стационаров, крупные городские родильные дома или родильные отделения крупных общесоматических стационаров, областные детские больницы.
3. МПЦ II уровня - крупные межрайонные родильные и детские отделения ЦРБ.



4. МПЦ I уровня (уровень ПМСП) - родильные и педиатрические отделения ЦРБ, детские поликлиники (консультации), женские консультации.

## **5. Организация амбулаторно-поликлинической медицинской помощи женскому населению**

Амбулаторно-поликлиническая акушерско-гинекологическая помощь женскому населению оказывается в женской консультации.

Оказание медицинской помощи женщинам в женской консультации происходит в тесном взаимодействии с акушерскими, гинекологическими стационарами, детскими поликлиниками (консультациями), центрами репродукции и планирования семьи, областными медико-генетическими, консультативно-диагностическими центрами, дерматовенерологическими, онкологическими, эндокринологическими диспансерами и др.

Женская консультация (ЖК) может быть как самостоятельной ЛПО, так и структурным подразделением родильного дома, территориальной поликлиники, медико-санитарной части (МСЧ), в зависимости от количества обслуживаемого женского населения, специализации оказываемой медицинской помощи, характера административной подчиненности.

Работа женской консультации строится по участково-территориальному принципу. Один акушерский участок включает приблизительно два терапевтических участка с числом жителей женского пола около 4000, в том числе старше 15 лет - 3000-3500, а фертильного возраста - 2100.

Режим работы ЖК предусматривает обеспечение максимальной доступности лечебно-диагностической помощи женскому населению. Информация о режиме работы ЖК, расписании приемов врачей лечебных и диагностических кабинетов, включая сведения о работе в выходные и праздничные дни, работе «Школы материнства» размещается на информационном стенде в регистратуре.

Руководство работой ЖК, а также проведение контроля качества и эффективности лечебно-диагностического процесса осуществляет заведующий женской консультацией.

### **5.1. Задачи женской консультации**

- Оказание квалифицированной первичной медико-санитарной (амбулаторной) акушерско-гинекологической помощи женщинам;
- Организация и проведение профилактических осмотров с целью раннего выявления патологии женской репродуктивной системы (ЖРС), гинекологических и онкологических заболеваний;
- Использование в обследовании и лечении патологии ЖРС современных медицинских, ресурсосберегающих технологий;
- Своевременное выявление женщин с гинекологическими заболеваниями с целью раннего взятия на диспансерный учет в соответствии со стандартами оказания лечебно-диагностической помощи;
- Обеспечение преемственности в обследовании и лечении гинекологических больных между ЖК и другими ЛПО, оказывающими медицинскую помощь женскому населению;
- Осуществление своевременной госпитализации в ЛПО гинекологических больных, нуждающихся в круглосуточном медицинском наблюдении;
- Выполнение амбулаторных гинекологических операций, с использованием современных медицинских технологий;
- Выявление и направление нуждающихся больных женщин на долечивание в дневные стационары и реабилитационные отделения;
- Формирование здорового образа жизни, проведение консультаций по вопросам планирования семьи;
- Осуществление диспансерного наблюдения за беременными, в том числе с выделением женщин в группу «риска», в целях предупреждения и раннего выявления осложнений беременности, родов и послеродового периода;
- Обеспечение преемственности между ЖК и другими ЛПО, оказывающими акушерско-гинекологическую специализированную медицинскую помощь в проведении обследования, лечения беременных и родильниц;
- Выявление беременных, нуждающихся в госпитализации в дневные стационары, отделения патологии беременных акушерских стационаров, в другие ЛПО по профилю выявленной экстрагенитальной патологии;
- Организация и проведение физической и психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам;
- Консультирование по вопросам охраны репродуктивного здоровья, планирования семьи, применения современных контрацептивных средств, формирования здорового образа жизни;
- Осуществление патронажа на дому гинекологических больных, беременных и родильниц в день вызова;

- Проведение пропаганды и обучение приемам грудного вскармливания;
- Выявление часто и длительно болеющих, проведение им лечебно-профилактических мероприятий по снижению заболеваемости и профилактике инвалидности;
- Проведение экспертизы временной утраты трудоспособности с анализом показателей и структуры заболеваемости;
- Направление больных на ВКК с рекомендациями о характере и условиях труда лицам с ограничением трудоспособности, не являющихся инвалидами;
- Направление больных на проведение медико-социальной экспертизы по решению ВКК;
- Изучение причин заболеваемости с временной утратой трудоспособности и инвалидности с разработкой мероприятий по их профилактике;
- Проведение медико-социальной, правовой и психологической помощи женскому населению;
- Своевременное направление врачей и средних медицинских работников ЖК на курсы повышения квалификации;
- Организация и проведение мероприятий среди женского населения по повышению санитарной культуры и формированию ЗОЖ.

## **5.2. Задачи регистратуры женской консультации**

1. Организация предварительной и неотложной записи женщин на прием к врачу как при их непосредственном обращении в женскую консультацию, так и по телефону.
2. Обеспечение регулирования интенсивности потока пациентов с целью создания равномерной нагрузки врачей.
3. Обеспечение своевременного подбора и доставки медицинской документации в кабинеты врачей.
4. Правильное и качественное ведение и хранение документации в картотеке регистратуры ЖК.

Для осуществления этих задач регистратура организует и осуществляет:

- информирование населения о времени приема врачей всех специальностей во все дни недели, в том числе в субботу и воскресенье, с указанием часов приема, номеров кабинетов;

- информирование о порядке предварительной записи на прием к врачам, о времени и месте приема населения руководством женской консультации, адресах аптек, в том числе дежурных, поликлиник, стационаров оказывающих экстренную помощь населению в вечернее, ночное время, в выходные и праздничные дни;

- информирование о порядке работы поликлиник, правилах подготовки к исследованиям;
- информирование о предоставлении платных медицинских услуг, их перечень;
- подбор медицинских карт амбулаторных больных, записавшихся на прием к врачам и их доставка в кабинеты врачей.

### **5.3. Функциональные обязанности участкового врача акушер-гинеколога**

Участковый врач акушер-гинеколог обязан:

- ✚ проводить лечебно-диагностические мероприятия на основе современных достижений науки и практики с целью предупреждения осложнений беременности, послеродового периода и возникновения гинекологических заболеваний;
- ✚ обеспечить раннее выявление беременных женщин (до 84 дней беременности) и взять их на диспансерное наблюдение;
- ✚ выявлять беременных женщин, нуждающихся в своевременной госпитализации в отделения патологии беременности родильных домов и другие подразделения лечебно-профилактических организаций здравоохранения по профилю экстрагенитальной патологии;
- ✚ организовать и проводить психопрофилактическую и физическую подготовку беременных к родам;
- ✚ организовать проведение занятий в «Школе материнства»;
- ✚ организовать и проводить профилактические осмотры женского населения с целью раннего выявления, обследования и направления на госпитализацию в специализированные ЛПО при выявлении гинекологических и онкологических заболеваний;
- ✚ проводить отбор гинекологических больных для направления на санаторно-курортное лечение;
- ✚ консультировать и предоставлять услуги по планированию семьи, охране репродуктивного здоровья согласно установленным стандартам;
- ✚ предоставлять своевременно отпуска по беременности и родам;
- ✚ проводить экспертизу временной нетрудоспособности, своевременно направлять пациенток на ВКК;
- ✚ проводить санитарно-просветительную работу среди жителей обслуживаемого участка;
- ✚ качественно вести учетно-отчетную документацию ЖК;
- ✚ анализировать показатели результативности и дефектов, согласно МКР;
- ✚ вносить предложения администрации ЖК по улучшению качества оказания лечебно-диагностической помощи женскому населению.

#### **5.4. Организация профилактической работы в женской консультации**

Профилактическая работа в ЖК направлена на раннее выявление гинекологических заболеваний у женщин при проведении массовых профилактических осмотров, а также при гинекологических осмотрах пациенток, обратившихся на прием к врачу-гинекологу в ЖК.

В регистратуре ЖК оформляется «Медицинская карта амбулаторного больного» (ф. № 025у) на каждую женщину, первично обратившуюся, а также впервые осмотренную врачом акушер-гинекологом во время проведения профилактических осмотров организованного женского населения.

Врач акушер-гинеколог при проведении профилактических осмотров обязан:

- собрать анамнез;
- произвести осмотр и пальпацию молочных желез, периферических лимфоузлов, щитовидной железы;
- оценить результаты гинекологического осмотра и данные цитологического обследования;
- выставить предварительный диагноз;
- данные осмотра и обследования внести в «Медицинскую карту амбулаторного больного»;
- при проведении профилактических осмотров, а также при обращении женщин на прием по поводу заболеваний женских половых органов врач акушер-гинеколог обязан обучить каждую женщину методике самообследования молочных желез.

По результатам проведения профилактических осмотров определяются следующие группы здоровья.

**«Здорова»** - в анамнезе отсутствуют жалобы на гинекологические заболевания, нарушения менструальной функции с момента ее установления; лабораторное и клиническое обследование не выявляет изменений в ЖРС. Эта группа женщин может проходить осмотры 1 раз в год.

**«Практически здорова»** - при сборе анамнеза отсутствуют жалобы, отмечены гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, аборт, нарушения ритма и характера менструации. При объективном обследовании выявляются анатомические изменения, не вызывающие нарушения функции ЖРС и снижения трудоспособности женщин. Эта группа женщин должна проходить профилактический осмотр не менее 2-х раз в год.

**«Больна»** - в анамнезе жалобы на гинекологические заболевания, оперативные вмешательства, аборт, нарушения ритма и характера менструации. При объективном обследовании выявляются гинекологическое заболевание, даже при отсутствии жалоб пациентки.

После первичного осмотра пациентки в амбулаторную карту вносят дату осмотра, заключительный (уточненный) диагноз и заключение о группе здоровья.

Одним из наиболее распространенных злокачественных новообразований у женщин является рак молочной железы. В структуре онкологической заболеваемости и смертности женского населения в Республике Беларусь на протяжении 20 лет он занимает ведущие позиции. Частота рака молочной железы неуклонно растёт и является одной из главных причин смертности женщин среднего возраста в экономически развитых странах.

Рекомендации по раннему выявлению и профилактике рака молочной железы.

1. Ежемесячное самообследование молочных желез.
2. Немедленное обращение к врачу при выявлении любых изменений в молочных железах.
3. Обследование в маммологических кабинетах, у акушер-гинеколога, онколога, участкового терапевта, хирурга; ежегодное прохождение профилактического осмотра в смотровом кабинете поликлиники, у акушерки или врача любой специальности с обязательным осмотром молочных желез.
4. Проведение маммографии, УЗИ молочных желез.
5. Отказ от самолечения.
6. Своевременное лечение заболеваний женских половых органов и дисфункций яичников, профилактика заболеваний эндокринной системы.
7. Обязательное сохранение первой беременности и, по возможности, отказ от абортов.
8. Кормление ребенка грудью не менее одного года, правильный уход за молочными железами в период лактации.
9. Своевременное вступление в брак, регулярная половая жизнь (в возрасте от 23 лет), соблюдение гигиены брака.
10. Здоровый образ жизни, правильное питание, отказ от курения.
11. Повышение медицинской грамотности и санитарной культуры населения.

Основными методами обследования молочных желез являются: самообследование, клиническое обследование врачами ЛПО и инструментальные методы обследования. Наиболее часто для самообследования используется спиральный метод и метод решетки.

Спиральный метод. Начиная от верхней части той или иной молочной железы, совершается ее методическое прощупывание по спирали. Движение руки производится по кругу от края молочной железы к соску с целью обнаружения любых необычных уплотнений или утолщений. Необходимо проведение не менее трех спиралевидных витка до

достижения соска. Подобное прощупывание рекомендуется производить дважды с различной степенью надавливания (от легко до более сильного).

Метод решетки. Область молочной железы разделяется воображаемыми вертикальными и горизонтальными линиями: от подмышечной впадины до грудины и от ключицы до линии бюстгалтера. В каждой полученной клетке решетки производят пальцами круговые движения (размером с монету), постепенно увеличивая зону круга. Начинают обследование с легкого прикосновения, затем постепенно увеличивают нажим. Исследование проводят последовательно во всех клетках решетки, обследуя таким образом всю молочную железу.

Самообследование проводят 1 раз в месяц, через 2-3 дня после окончания менструации; после климакса – каждый первый день месяца.

Выявление каких-либо изменений в молочных железах требует немедленного обращения к терапевту, гинекологу, хирургу или онкологу, которые уточнят характер заболевания и назначат необходимое лечение. При обнаружении любого из перечисленных ниже симптомов необходимо срочное направление **к онкологу**:

1. Необычное уплотнение в молочной железе.
2. Необычное увеличение одной из молочных желез.
3. Выделения или кровотечение из соска.
4. Необычное опускание одной из молочных желез.
5. Изменение поверхности кожи соска.
6. Сморщенная кожа на одной из молочных желез.
7. Увеличение лимфатических узлов.
8. Образование впадины на соске, втяжение соска.
9. Необычная припухлость верхней части руки.

При проведении обследования необходимо учитывать частоту встречаемости рака молочной железы по ее локализации: верхне-наружный квадрант – 50 % случаев, верхне-внутренний квадрант – 15 % случаев, нижне-наружный квадрант – 11 % случаев, нижне-внутренний квадрант – 6 % случаев, в ареолярной зоне, непосредственно в соске или возле него – 18 % случаев.

Маммография – метод обследования, позволяющий выявить рак молочной железы на начальной стадии посредством выполнения рентгеновского снимка малой дозой облучения.

Каждая женщина, достигшая 35-ти летнего возраста должна обязательно сделать маммографию. В период от 40 до 49 лет маммографию следует делать каждые 1-2 года. После 50 лет – ежегодно.

В качестве альтернативного, доступного и достаточно информативного метода обследования широко используется УЗИ молочных желез.

Онкологические заболевания, диагностированные на ранней стадии в десятки раз снижают затраты на лечение и реабилитацию пациентов, позволяют добиться как хорошего косметического эффекта (за счет возможности выполнения органосохраняющих операций), так и имеют благоприятный прогноз (вплоть до полного излечения). Женщины, как наиболее социально активная группа, в связи с заболеванием раком молочной железы подвержены влиянию негативных состояний: потеря молочной железы является источником отрицательных тенденций в психоэмоциональном состоянии, что отражается на поведении в быту, обществе. В последнее время большую актуальность приобрели вопросы качества жизни больных в онкологической практике. Изучение качества жизни позволяет нам давать характеристики физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека и использовать

### **5.5. Диспансеризация гинекологических больных**

Диспансеризация – это система медицинских мероприятий, проводимых с целью оценки состояния здоровья, а также выявления заболеваний и факторов риска, способствующих их возникновению или развитию. Целью диспансерного наблюдения за женщинами с патологией ЖРС является раннее выявление патологического состояния, проведение эффективного лечения и реабилитации, а также изучение и выбор возможностей устранения причин, вызывающих заболевание органов ЖРС.

Диспансеризации подлежат:

- беременные женщины, с патологией ЖРС в анамнезе;
- женщины в послеродовом периоде с осложнениями во время беременности и родов;
- женщины группы резерва родов с гинекологической патологией.

При выявлении патологии со стороны ЖРС и показаний женщина берется на диспансерный учет, акушерка заполняет «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (ф. № 030/у), с указанием диагноза, частоты осмотров, перечня инструментальных и лабораторных обследований и рекомендуемого лечения.

Диспансерное наблюдение проводят в соответствии с протоколами (стандартами) обследования и лечения гинекологических больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных организациях здравоохранения.

После проведенного обследования врач назначает лечение.

### **5.6. Организация работы дневного стационара в ЖК**

При наличии показаний для госпитализации женщины направляются в дневной стационар ЖК врачом акушер-гинекологом. В направ-



лении указывается дата госпитализации, предварительный диагноз, результаты лабораторных и инструментальных методов обследования.

Структура дневного стационара определяется его функциями, характером и объемом проводимых лечебно-диагностических мероприятий, манипуляций с обязательным соблюдением санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

#### **Функции дневного стационара:**

- оказание лечебно-диагностической помощи беременным и женщинам с гинекологическими заболеваниями, не нуждающимся в круглосуточном наблюдении медперсонала;
- проведение реабилитационных мероприятий женщинам с гинекологическими заболеваниями;
- оказание дополнительных платных услуг по желанию пациенток.

Регистрация и учет госпитализированных женщин в дневной стационар производится на основании направления врачей акушеров-гинекологов амбулаторных и специализированных приемов в «Журнале учета приема больных и отказов в госпитализации». На каждую больную с целью динамического наблюдения и контроля за лечебно-диагностическим процессом оформляются «Медицинская карта стационарного больного» и «Листок назначений».

Контроль качества медицинской помощи гинекологическим больным осуществляется заведующим ЖК на основании инструкции МЗ РБ № 37-0102 от 29 мая 2002 г.

После выписки из дневного стационара врач ЖК решает вопрос о необходимости проведения медицинской реабилитации, с учетом рекомендаций стационара.

### **5.7. Организация медицинской реабилитации гинекологических больных**

Реабилитация - это процесс, целью которого является предотвращение инвалидности в период лечения заболевания и помощь больному в достижении максимальной физической, психологической, профессиональной и социальной полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания.

#### **Принципы медицинской реабилитации**

1. Индивидуальный характер реабилитационных мероприятий.
2. Реализация реабилитационных мероприятий в группе больных.
3. Этапность реабилитации.
4. Раннее начало.
5. Комплексность реабилитационных мероприятий с участием социологов, психологов, юристов.

6. Активное и сознательное участие в процессе реабилитации самих пациенток.
7. Возвращение больных к активно-полезной общественной деятельности.

### **Этапы реабилитации**

1. Восстановление функциональной способности (полное восстановление, частичное выздоровление или компенсация, замещение хирургическое или ортопедическое при отсутствии излечения).
2. Восстановление адаптации к повседневной профессиональной жизни.
3. Вовлечение больного в трудовой процесс.
4. Диспансерное обслуживание реабилитированных.

### **Виды реабилитации**

1. Медицинская реабилитация – включает профилактику возможных осложнений и последствий заболеваний и травм.
2. Профессиональная – включает не только восстановление трудоспособности, но и ее профилактику, а также вопросы физиологии и психологии труда, трудового обучения, переквалификации.
3. Социальная реабилитация – исключает влияние социальных факторов на развитие и течение болезни.
4. Педагогическая реабилитация – проводит обучение в процессе реабилитации больных.
5. Психологическая – приводит к ускорению процессов психологической адаптации к изменившимся в результате болезни или травмы жизненной ситуации, предусматривает предотвращение развития заболевания.

## **5.8. Организация медицинской помощи беременным на амбулаторно-поликлиническом этапе**

Беременность - это уникальный период для женщин с точки зрения происходящих физиологических и психологических перемен.

Течение беременности предполагает биологическую, физиологическую и психологическую адаптацию.

Мать и плод рассматриваются как составляющие одной системы, благоприятное развитие которой – залог здоровья ребенка и матери.

Ранний охват беременных врачебным наблюдением (до 12 недель беременности) позволяет:

- точно установить дату родового отпуска;
- своевременно диагностировать экстрагенитальную патологию;
- определить принадлежность беременной к той или иной группе риска;

- решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности;
- устранить влияние вредных факторов на ранних сроках беременности,
- обеспечить оздоровление беременной, ее рациональное трудоустройство.

При нормальном течении беременности здоровой женщине рекомендуется посетить ЖК со всеми анализами и заключениями врачей-специалистов через 7-10 дней после первого обращения, а затем посещать врача в первую половину беременности 1 раз в месяц, с 20 до 30 недель - 2 раза в месяц, с 30 недель – 1 раз в 10 дней, с 36 недель – еженедельно. За время беременности женщина должна посетить ЖК примерно 15-16 раз.

При заболевании женщины или патологическом течении беременности, не требующем госпитализации, частота осмотров определяется врачом в индивидуальном порядке.

При первом обращении женщины в ЖК по поводу беременности врач акушер-гинеколог обязан.

1. Собирать анамнез, который включает семейный, перенесенные в детстве и зрелом возрасте общие и гинекологические заболевания, операции, переливания крови, особенности менструальной, половой и генеративной функции.
2. Провести общий осмотр женщины, который включает:
  - оценку ее телосложения,
  - степень развития подкожной клетчатки,
  - наличие видимых отеков,
  - состояния кожных покровов и слизистых оболочек, молочных желез.
3. Провести общее и специальное акушерское обследование:
  - измерение таза;
  - определение состояния половых органов;
  - измерение, пальпацию, аускультацию сердцебиения плода.
4. Назначить обследование:
  - ≡ клинический анализ крови;
  - ≡ анализ крови на реакцию Вассермана;
  - ≡ определение группы крови и резус-принадлежность, при наличии у беременной резус отрицательной крови необходимо исследование группы крови и резус–принадлежность у супруга;
  - ≡ анализ крови для серологического исследования на токсоплазмоз;
  - ≡ определение глюкозы крови и протромбинового индекса;
  - ≡ взятие мазков для бактериологического и цитологического исследования;

✚ анализ мочи.

С целью профилактики невынашивания беременности обязательно проводится обследование беременных на наличие ИППП в следующих группах беременных:

- ✚ с кольпитами, цервицитами, уретритами, циститами, генитальными язвами, кондиломатозом вульвы и влагалища;
- ✚ с угрозой прерывания беременности;
- ✚ с многоводием и маловодием;
- ✚ с частыми острыми респираторными заболеваниями во время данной беременности;
- ✚ с отягощенным акушерским анамнезом (преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, рождение мертвого плода, смерть ребенка в неонатальном периоде, врожденные пороки развития).

УЗИ-скрининг проводят в сроке 10–11, 18–20, 26–28 и 32–34 недель беременности, по показаниям – чаще.

Медико-генетическое консультирование назначается при наличии следующих показаний:

- возраст беременной 35 лет и старше;
- пороки развития или наличие у одного из супругов хромосомной перестройки;
- в анамнезе у беременной женщины дети и родственники с наследственными болезнями, врожденной гиперплазией коры надпочечников, изолированными и множественными врожденными пороками развития (ВПР), хромосомными заболеваниями, умственной отсталостью;
- кровное родство супругов;
- привычное невынашивание беременности неясного генеза;
- воздействие на организм матери и плода в ранние сроки беременности заболеваний, диагностических или лечебных процедур, приема медикаментозных средств;
- осложненное течение беременности (угроза прерывания в ранние сроки, неподдающаяся терапии, многоводие);
- патология плода, выявленная при УЗИ;
- изменение показателей альфа-фетопротеина, хорионического гонадотропина, эстриола, 17-оксипрогестерона;
- работа супругов во вредных условиях труда;
- первичная аменорея, нарушения менструального цикла неясного генеза.

5. Оформить «Индивидуальную карту беременной и родильницы».

6. Составить индивидуальный план ведения беременной женщины, который включает:

- трудоустройство, ограничение физической нагрузки, половой покой;
  - выявление и санация хронических очагов инфекции;
  - определение глюкозы крови при ожирении, крупном плоде, многоводии;
  - диспансерное наблюдение проводить совместно с другими специалистами;
  - по показаниям профилактическая госпитализация при экстрагенитальной патологии в сроках 12 недель, 28–32 недели;
  - проведение противоанемического лечения в амбулаторных или стационарных условиях;
  - раннее выявление симптомов претоксикоза и его своевременное лечение, при отсутствии эффекта в течение 1-2 недель госпитализировать в стационар;
  - своевременное выявление микросимптомов досрочного прерывания беременности, при выявлении срочная госпитализация;
  - проведение профилактических курсов терапии, сохраняющие беременность в условиях ЖК или стационаре, в сроки угрожаемые по досрочному прерыванию беременности до 12 недель, 14–16, 18–20, 22–24, 28–32, 34–36 недель, а также в сроки предыдущих досрочных прерываний беременностей;
  - профилактика родовой слабости;
  - профилактика кровотечений в родах в сроке 36 недель;
  - присутствие на занятиях в «Школе матери», «Школе отцов»;
  - проведение УФО и ЛФК с 30 недель беременности;
  - определение предполагаемой массы плода в 38 недель беременности;
  - досрочная госпитализация по показаниям при родоразрешении в 34, 36, 38 недель беременности;
  - составление плана ведения родов по выявленной патологии с обязательной передачей копии плана с обменной картой в акушерский стационар;
7. Назначить консультации терапевта, хирурга, стоматолога, отоларинголога, окулиста, эндокринолога, при необходимости привлекает других специалистов.
  8. После проведенного обследования и анализа его результатов определяются факторы «риска» неблагоприятного исхода беременности.

### **5.9. Группы резерва родов**

1. В группу резерва родов (ГРР) включаются женщины репродуктивного возраста с 18 до 40 лет, с сохраненной детородной функцией.

2. Списки женщин ГРР формируются терапевтом по данным переписи населения ежегодно до 30 января текущего года и вносятся в журнал учета женщин ГРР.
3. Женщины ГРР, впервые в текущем году обратившиеся в поликлинику, проходят обязательное обследование, которое вносится в лист динамического наблюдения.
4. По результатам обязательного обследования каждая женщина ГРР должна быть отнесена к одной из групп динамического наблюдения:
  - 1-я группа (ГРР 1)** – здоровые женщины:
    - 1а – женщины, планирующие беременность в текущем году;
    - 1б – женщины, не планирующие беременность в текущем году.
  - 2-я группа (ГРР 2)** – имеющие экстрагенитальную патологию:
    - 2а – планирующие беременность в текущем году;
    - 2б – не планирующие беременность в текущем году.
  - 3-я группа (ГРР 3)** – имеющие гинекологическую патологию:
    - 3а – планирующие беременность в текущем году;
    - 3б – не планирующие беременность в текущем году.
  - 4-я группа (ГРР 4)** – имеющие экстрагенитальную и гинекологическую патологию:
    - 4а – планирующие беременность в текущем году;
    - 4б – не планирующие беременность в текущем году.
  - 5-я группа (ГРР 5)** – группа женщин с абсолютными экстрагенитальными противопоказаниями к беременности.
  - 6-я группа (ГРР 6)** – группа социального риска.
5. Женщины групп динамического наблюдения 1а, 2а, 3а, 4а включаются в группу активного наблюдения и им назначается преконцептивная подготовка за 6 месяцев до планируемой беременности.
6. Женщинам групп динамического наблюдения 1б, 2б, 3б, 4б, 5, 6 назначается контрацепция.
7. Преконцептивная подготовка включает:
  - а. медико-генетическое консультирование при наличии показаний;
  - б. обследование на ИППП;
  - с. санацию очагов инфекции (экстрагенитальных и гинекологических);
  - д. за 3 месяца до планируемой беременности назначение обоим супругам:
    - фолиевой кислоты по 100 мкг × 4 раза в сутки;
    - диеты богатой витаминами и фолатами;
    - поливитаминов.
8. Врачи-терапевты обязаны передавать акушеру-гинекологу: ежемесячно: списки и талоны информации на женщин ГРР:

- 8.1. впервые осмотренных женщин в текущем году;
- 8.1.2. женщин с впервые выявленной экстрагенитальной патологией;
- 8.2. ежеквартально:
  - 8.2.1. списки женщин с абсолютными экстрагенитальными противопоказаниями к беременности;
  - списки женщин высокого социального риска.
- 9. Акушер-гинекологи обязаны передавать терапевту:
  - 9.1. ежемесячно списки женщин ГРР и талоны информации:
    - 9.1.1. впервые осмотренных женщин в текущем году;
    - 9.1.2. взятых женщин на учет по беременности;
    - 9.1.3. женщин с тяжелыми осложнениями беременности, родов и послеродового периода.
  - 9.2. ежеквартально, для исключения из ГРР списки женщин:
    - после операций, прекращающих репродуктивную функцию (кроме случаев возможного проведения ЭКО);
    - после рождения второго ребенка при нежелании женщины планировать последующую беременность.
- 10. Анализ деятельности по работе с женщинами ГРР проводится ежеквартально по форме.

Снимаются с учета ГРР женщины по возрастно-медицинскому критерию (по желанию женщины), после рождения второго ребенка (по желанию женщины), женщины, перенесшие операции, связанные с потерей детородной функции (двухсторонняя тубэктомия, аднексэктомия, стерилизация, ампутация матки).

#### **5.10. Показания для проведения медико-генетической консультации семей, планирующих беременность**

1. Врожденные пороки, аномалии развития, умственная отсталость, глухота, тяжелые нарушения зрения, судороги неясного генеза в семье и у родственников по линии отца и матери.
2. В анамнезе (рождение детей с болезнью Дауна; врожденные пороки развития, несовместимые с жизнью; мертворождения; повторные самопроизвольные аборт; бесплодие).
3. Наследственные болезни обмена веществ; гипотиреоз; врожденная гипоплазия надпочечников.
4. Кровное родство супругов.

#### **5.11. Факторы «риска» неблагоприятного исхода беременности**

**I. Социально-биологические** (возраст матери до 18 и старше 35 лет; возраст отца старше 40 лет; профессиональные вредности у родителей; табакокурение, алкоголизм, наркомания, токсикомания; антропо-

метрические показатели матери (рост 150 см и менее, масса на 25 % выше или ниже нормы)).

**II.** Акушерско-гинекологический анамнез: 4 и более родов; неоднократные или осложненные аборт; оперативные вмешательства на матке и придатках; пороки развития матки; бесплодие; невынашивание беременности, неразвивающаяся беременность; преждевременные роды; рождение мертвого плода; смерть в неонатальном периоде; рождение детей с генетическими заболеваниями, аномалиями развития, с низкой или крупной массой тела; осложненное течение предыдущей беременности; бактериально-вирусные гинекологические заболевания (генитальный герпес, хламидиоз, цитомегалия, сифилис, гонорея и др.);

**III.** Экстрагенитальная патология: пороки сердца; заболевания мочевыводящей, эндокринной системы; заболевания крови, печени, легких, соединительной ткани; острые и хронические инфекции; алкоголизм, наркомания.

**IV.** К осложнениям беременности относятся: рвота; кровотечение в I и II половине беременности; поздний гестоз; много и маловодие; плацентарная недостаточность; анемия; Rh и ABO изосенсибилизация; обострение вирусной инфекции (генитальный герпес, цитомегалия, др.); анатомически узкий таз; неправильное положение плода; перенесенная беременность.

Беременные женщины группы высокого «риска» осматриваются заведующим ЖК, при наличии показаний направляются на консультацию к соответствующим специалистам, для решения вопроса о возможности сохранения беременности.

Беременные женщины с акушерской патологией, госпитализируются в отделение патологии специализированного акушерского стационара, с экстрагенитальной патологией – в профильный соматический стационар по месту жительства для проведения обследования и лечения. Беременные с тяжелой акушерской и ЭГП направляются в специализированный акушерский стационар или межрайонный перинатальный центр для расширенного обследования, лечения или решения вопроса о сохранении беременности.

План ведения родов составляется с учетом прогнозирования факторов риска. В МПЦ I уровня предусмотрено ведение нормальных срочных родов у женщин без наличия перинатальных и других факторов риска.

Дородовая госпитализация в плановом или экстренном порядке осуществляется МПЦ II-III уровня при экстрагенитальной патологии и патологии беременных, досрочном родоразрешении в сроке беременности более 32 недель. Госпитализация беременных в МПЦ III уровня осуществляется при необходимости родоразрешения до 32 недель.



### **5.12. Порядок выдачи и оформления листков нетрудоспособности по беременности и родам**

При оформлении отпуска по беременности и родам врач руководствуется Постановлением МЗ РБ и Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь № 52/97 от 9 июля 2002 г. «Об утверждении Инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о ВН и Инструкции по заполнению листков нетрудоспособности и справок о ВН».

1. Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается женщинам:

1.1. работникам из числа граждан Республики Беларусь, иностранных граждан и лиц без гражданства, работающим в организациях, независимо от их форм собственности;

1.2. лицам, занимающимся предпринимательской и иной деятельностью, при условии уплаты страховых взносов в Фонд социальной защиты населения Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь (далее - Фонд);

1.3. безработным, состоящим на учете в государственной службе занятости, в период выполнения ими общественных работ;

1.4. работникам из числа граждан государств-участников Содружества Независимых Государств, в случае возникновения у них временной нетрудоспособности в период пребывания на территории Республики Беларусь.

Листки нетрудоспособности выдаются лицам, у которых временная нетрудоспособность наступила в период работы (осуществления предпринимательской и иной деятельности) и длилась после ее окончания.

2. Листки нетрудоспособности выдаются и продлеваются государственными организациями здравоохранения независимо от ведомственной принадлежности и негосударственными организациями здравоохранения, имеющими специальное разрешение (лицензию) на проведение экспертизы временной нетрудоспособности и выдачу листков нетрудоспособности.

Специальное разрешение (лицензия) выдается по совместному решению Минздрава и Фонда на срок не более пяти лет в соответствии с законодательством.

3. Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается женщинам:

3.1. из числа, перечисленных в подпунктах 1.1. – 1.4. пункта 1 настоящей Инструкции, в том числе в период отпусков или в период временной нетрудоспособности. При этом отпуск (трудовой или социальный) прерывается, а листок нетрудоспособности, выданный в связи с временной нетрудоспособностью, закрывается:

3.2 уволившимся с работы, если отпуск по беременности и родам наступил у них в течение месячного срока со дня увольнения;

3.3. из числа военнослужащих, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел, финансовых расследований, органов и подразделений Министерства по чрезвычайным ситуациям;

3.4. зарегистрированным в качестве безработных органами государственной службы занятости с правом получения пособия по безработице или стипендии, а также потерявшим право на стипендию или пособие по безработице в связи с окончанием установленного срока их выплаты - в течение 2 месяцев после его окончания;

3.5. обучающимся на дневных отделениях в профессионально-технических, средних специальных, высших учреждениях образования, в том числе в негосударственных (магистратуре, аспирантуре, клинической ординатуре и докторантуре), а также в течение 2 месяцев после окончания учреждения образования.

4. Листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается врачом акушером-гинекологом или врачом, ведущим прием беременных женщин, совместно с заведующим женской консультацией (заведующим отделением, главным врачом) с 30 недель беременности единовременно на 126 календарных дней. Женщинам проживающим, работающим, проходящим службу, обучающимся на территории радиоактивного загрязнения - с 27 недель беременности на 146 календарных дней, независимо от того, в каком сроке беременности или после родов женщина обращается за освобождением от работы. В строке «Вид нетрудоспособности» производится запись - «Беременность 30(27) недель», в строке «Режим» - «Амбулаторный - стационарный». В случае осложненных родов, рождении двух и более детей ВКК организации здравоохранения, в которой родился ребенок, выдает листок нетрудоспособности сроком на 14 календарных дней как продолжение предшествующего листка нетрудоспособности, выданного в связи с беременностью и родами. В этом случае в строке листка нетрудоспособности «Вид нетрудоспособности» указывается «Беременность и роды», в строке «Особые отметки» «Осложненные роды (Рождение двойни)». Перечень осложненных родов, при которых выдается листок нетрудоспособности на указанный период, определяется Минздравом.

5. При родах, наступивших до 30 недель беременности, и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается единовременно на 140 календарных дней. При родах, наступивших до 27 недель и рождении живого ребенка у женщин, проживающих, работающих, проходящих службу, обучающимся на территории радиоактивного загрязнения - на 160 календарных дней, а в случае рождения мертвого ребенка - на 70 календарных дней.

Листок нетрудоспособности выдается ВКК организации здравоохранения, в которой произошли роды (при рождении ребенка вне организации здравоохранения - ВКК организации здравоохранения, в которой беременная женщина наблюдалась). В строке листка нетрудоспособности «Вид нетрудоспособности» производится запись «Беременность и роды, и срок беременности», в строке «Особые отметки» – «Преждевременные роды и их дата».

6. Лицам, усыновившим (удочерившим), а также назначенным опекунами ребенка в возрасте до 3-х месяцев, выдается листок нетрудоспособности на 70 календарных дней со дня усыновления (удочерения) или установления опеки. Листок нетрудоспособности выдается ВКК организации здравоохранения, в которой родился ребенок, если новорожденный передается непосредственно из стационара, в остальных случаях - ВКК женской консультации по месту обслуживания. В строке листка нетрудоспособности «Вид нетрудоспособности» указывается «Беременность и роды».

7. Женщинам, обучающимся на дневных отделениях в профессионально-технических, средних специальных, высших учреждениях образования, в том числе в негосударственных (магистратуре, аспирантуре, клинической ординатуре и докторантуре) и совмещающим учебу с работой, листки нетрудоспособности в случаях беременности и родов выдаются и для представления по месту учебы, и по месту работы. Женщинам, у которых право на получение листка нетрудоспособности в связи с беременностью и родами наступило в течение 2 месяцев после окончания учебного заведения, и период освобождения от работы продолжается после дня, с которого они должны были приступить к работе согласно направлению, выдаются два листка нетрудоспособности: первый - по день, предшествующий дню, установленному для явки на работу (для представления по месту учебы), а второй - со дня установленного для явки на работу (для представления по месту работы. При этом в строке «Заключение о трудоспособности» первого листка нетрудоспособности указывается «Выдано продолжение листка нетрудоспособности по беременности и родам». Второй листок нетрудоспособности выдается как продолжение ранее выданного листка нетрудоспособности.

При оформлении отпуска по беременности и родам и в целях информации акушерского стационара о состоянии здоровья и особенностях течения беременности, врач ЖК оформляет и выдает беременной «Обменную карту родильного дома, родильного отделения больницы». При отъезде в другой город (село), беременная становится на учет у врача акушер-гинеколога по месту пребывания, предъявляет обменную карту, на нее заполняется «Индивидуальная карта беременной и родильницы».

### **5.13. Работа по формированию ЗОЖ среди женщин**

Врачами и средним медицинским персоналом проводится работа по формированию ЗОЖ среди населения, проживающего в районе обслуживания ЖК. Для выполнения этой работы ежемесячно каждому врачу и среднему медицинскому работнику отводится 4 часа рабочего времени. При проведении данной работы широко используются следующие методы санитарного просвещения:

- индивидуальные и групповые беседы на приеме у врача;
- занятия в «Школе материнства» (с 15-16 недель беременности);
- психопрофилактическая подготовка к родам (32-34 недели беременности);
- занятия по программе «Школа отцов» организуются для будущих отцов;
- проведение совместных занятий беременных и их мужей.

Основной целью работы по формированию ЗОЖ у беременных является повышение санитарной культуры, знакомство с основами законодательства по охране здоровья матери и ребенка, воспитание ответственного отношения не только к своему здоровью, но и к здоровью будущего ребенка, а также обучение правилам вскармливания и ухода за новорожденным.

При проведении лекций и бесед женщине разъясняется необходимость соблюдения гигиенических норм и правил, диеты, режима труда и отдыха, гигиены половой жизни, систематического медицинского наблюдения в ЖК в различные сроки беременности, участия в индивидуальных и групповых занятиях по физиопсихопрофилактической подготовке к родам.

### **5.14. Оказание амбулаторной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению**

Акушерско-гинекологическая помощь сельскому населению оказывается в женской консультации ЦРБ, СВА и ФАПх. Организационно-методическое руководство по оказанию акушерско-гинекологической помощи сельскому населению административной территории осуществляет районный акушер-гинеколог.

В сельской местности особенностью организации акушерско-гинекологической помощи женщинам является этапность ее оказания, которая позволяет обеспечить женщин села квалифицированной врачебной медицинской помощью и максимально приблизить ее к населению.

На I этапе акушерско-гинекологическую помощь (АГП) женщины села получают от акушеров ФАПов и фельдшеров СВА. Женщины с благоприятным общим и акушерским анамнезом, не осложненным те-

чением настоящей беременности, практически здоровые постоянно находятся под динамическим наблюдением акушерок, врача акушера-гинеколога ЖК ЦРБ или выездной врачебной бригады.

ФАП – это лечебно-профилактическая организация, входящая в состав СВА, предназначена для оказания доврачебной медицинской помощи населению, проведения лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий на территории обслуживания.

### **ФАП выполняет следующие функции**

- ⌘ Оказание женскому населению акушерской доврачебной медицинской помощи;
- ⌘ Своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача;
- ⌘ Своевременное и регулярное проведение патронажа детей и беременных женщин;
- ⌘ Под руководством врача проведение комплекса лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических, санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение акушерско-гинекологической патологии;
- ⌘ Организация и проведение работы по формированию ЗОЖ;
- ⌘ Выполнение мероприятий по снижению младенческой и материнской смертности.

### **Акушерка ФАПа обязана**

- ⌘ Регулярно осуществлять патронаж беременных женщин, целью которого является повышение медицинской грамотности, практическое обучение матери и других членов семьи методам ухода, грудного вскармливания и воспитания детей;
- ⌘ Проводить предварительные профилактические медосмотры с целью выявления женщин группы повышенного «риска» для первоочередного направления к врачу;
- ⌘ Контролировать своевременность посещения находящимися под динамическим наблюдением больными и пациентками врача;
- ⌘ Проводить противорецидивное и курсовое лечение по назначению врача часто и длительно болеющим пациенткам.

На ФАПе ведется установленная учетно-отчетная медицинская документация, составляются и представляются планы и отчеты о деятельности в вышестоящие органы здравоохранения.

На II этапе АГП женщинам оказывают врачи женских консультаций ЦРБ.

Беременным женщинам проводят углубленное обследование состояния здоровья, которое не может быть выполнено на предыдущем

этапе, при необходимости – консультативные обследования другими специалистами. После проведенного обследования составляется индивидуальный план динамического наблюдения за беременными, в необходимых случаях решают вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности.

Беременные с тяжелой экстрагенитальной, акушерской патологией и гинекологические больные, нуждающиеся в оказании специализированной помощи (бесплодие, привычное невынашивание, гинекологические заболевания у детей и подростков и др.), направляют в МПЦ II и III уровней.

Экстренную медицинскую помощь женщинам в сельской местности оказывают выездные бригады акушер-гинекологов совместно с анестезиологами-реаниматологами и другими специалистами.

### **5.15. Показатели деятельности женской консультации**

Расчет и анализ качественных показателей деятельности женских консультаций проводится на основе МКР.

#### **Показатели результативности**

##### **1. Профилактическая работа**

###### **1.1. Полнота охвата женщин профилактическими осмотрами**

$$\frac{\text{Число фактически осмотренных женщин} \times 100}{\text{Число женщин, подлежащих осмотру по плану}}$$

###### **1.2. Процент обследованных женщин на онкоцитологию**

$$\frac{\text{Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию} \times 100}{\text{Число фактически осмотренных женщин}}$$

###### **1.3. Выявляемость заболеваний у женщин при профосмотрах**

$$\frac{\text{Число заболеваний, выявленных при профосмотрах} \\ \text{всего (в т.ч. по нозологическим формам)} \times 100}{\text{Число фактически осмотренных женщин}}$$

##### **2. Работа по снижению абортов**

###### **2.1. Процентная доля женщин фертильного возраста**

$$\frac{\text{Число женщин фертильного возраста} \times 100}{\text{Средняя численность женского населения}}$$

2.2. Применение внутриматочных контрацептивов (ВМК) у женщин

$$\frac{\text{Число женщин, состоящих на учете с ВМК} \times 100}{\text{Число женщин фертильного возраста}}$$

### **3. Работа по диспансерному обслуживанию**

3.1. Объем диспансерного наблюдения

$$\frac{\text{Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года} \times 100}{\text{Средняя численность женского населения}}$$

3.2. Полнота охвата диспансеризацией

$$\frac{\text{Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года} + \text{Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся)} \times 100}{\text{Число зарегистрированных больных женщин}}$$

3.3. Эффективность диспансеризации (удельный вес диспансерных больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с излечением)

$$\frac{\text{Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением (улучшением состояния здоровья)} \times 100}{\text{Число больных женщин, состоящих на учете на конец года}}$$

### **4. Показатели работы по обслуживанию беременных женщин**

4.1. Своевременность поступления беременных под наблюдение женской консультации

4.1.1. Ранее поступление

$$\frac{\text{Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель} \times 100}{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение ЖК в отчетном году}}$$

#### 4.2. Полнота охвата беременных диспансерным наблюдением

$$\frac{\text{Число беременных, состоящих под наблюдением ЖК в отчетном году} \times 100}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}}$$

#### 4.3. Среднее число посещений беременными и родильницами женской консультации

$$\frac{\text{Число посещений женской консультации беременными, родившими в отчетном году}}{\text{Число женщин, родивших в отчетном году}}$$

#### 4.4. Полнота и своевременность обследования беременных

##### 4.4.1. Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом

$$\frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом} \times 100}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}}$$

### 5. Исходы беременности

#### 5.1. Удельный вес беременностей, закончившихся родами

$$\frac{\text{Число женщин, у которых беременность закончилась родами} \times 100}{\text{Общее число беременных женщин, состоявших под наблюдением ЖК}}$$

#### 5.2. Удельный вес преждевременных и запоздалых родов рассчитывается аналогично

#### 5.3. Частота аборт

$$\frac{\text{Число абортов за отчетный год} \times 100}{\text{Число женщин фертильного возраста}}$$



#### 5.4. Частота беременностей, закончившихся абортom

$$\frac{\text{Число женщин, беременность которых закончилась абортom} \times 100}{\text{Общее число беременных женщин, состоявших под наблюдением ЖК}}$$

#### 5.5. Соотношение абортов и родов

$$\frac{\text{Число абортов за отчетный год}}{\text{Число родов за отчетный год}}$$

#### 5.6. Частота возникновения патологических состояний при беременности

$$\frac{\text{Число беременных, страдающих ранними (поздними) токсикозами} \times 100}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}}$$

### **Показатели дефектов**

#### 1. Выявлено больных женщин в далеко запущенных стадиях онкологических заболеваний

$$\frac{\text{Число выявленных больных женщин в далеко запущенных стадиях онкологических заболеваний} \times 100}{\text{Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями}}$$

#### 2. Удельный вес внебольничных (криминальных) абортов

$$\frac{\text{Число внебольничных (криминальных) абортов за год} \times 100}{\text{Число абортов за отчетный год}}$$

#### 3. Удельный вес обоснованных жалоб

$$\frac{\text{Число обоснованных жалоб} \times 100}{\text{Число всех жалоб}}$$

## **6. Организация работы акушерско-терапевтического- педиатрического комплекса**

На здоровье матери и ребенка оказывает влияние комплекс различных факторов. Улучшение репродуктивного здоровья населения, снижение заболеваемости и инвалидизации детей, стабилизация показателей младенческой и материнской смертности требуют определенного подхода к сохранению здоровья подрастающего поколения, формированию нормальной репродуктивной функции и прегравидарного здоровья женщин.

В наблюдении за здоровьем женщин и детей участвуют одновременно организации здравоохранения акушерской, детской и общеклинической сети. Поэтому совершенствование организации системы охраны здоровья матери и ребенка должно проводиться на основе функциональной системы непрерывного наблюдения за девочкой – девушкой-подростком - женщиной репродуктивного возраста – беременной женщиной – родильницей – новорожденным ребенком – ребенком первого года жизни – детьми в возрасте 1-17 лет, которая должна включать взаимодействие организаций здравоохранения акушерской, детской и общелечебной сети, участвующих в обслуживании женщин и детей. Такое взаимодействие возможно при создании акушерско-терапевтического-педиатрических комплексов (АТПК).

Акушерско-терапевтического-педиатрический комплекс – это объединение организаций здравоохранения акушерской, детской и общеклинической сети на основе функционального, административного или смешанного административно-функционального типа комплексирования. Главным в системе АТПК является оптимизация и интеграция функций, выполняемых организациями здравоохранения комплекса, а также связей между ними, обеспечивающих комплексный подход к профилактике нарушений здоровья женщины и ребенка.

Разработка системы функциональных связей осуществляется не за счет введения дополнительных обязанностей у руководителей и врачей, дополнительного документооборота, а за счет оптимального совмещения по времени и месту выполнения медицинским персоналом комплекса тех обязанностей, которые являются однотипными и выполняются в рамках акушерской, детской и лечебной сети.

Система непрерывного наблюдения за женщинами, детьми и подростками в условиях АТП комплексов обеспечивается организационной и функциональной структурой комплекса, наличием единого органа управления, обеспечивающим совместное использование материально-технической базы, диагностических и лечебных возможностей комплекса, интеграцию функций участкового персонала на каждом этапе охраны здоровья матери и ребенка.

### **Принципы формирования АТП комплексов:**

- общность территории обслуживания организаций здравоохранения, входящих в комплекс;
- общность контингента женщин, детей и подростков, проживающего на территории комплекса;
- интеграция системы управления организациями здравоохранения АТП комплекса;
- общность системы контроля в рамках комплекса каждого уровня;
- комплексный подход к профилактике нарушений здоровья женщины и ребенка.

### **Структура АТП комплекса**

На первом (амбулаторно-поликлиническом) уровне АТП комплексы формируются в составе женской консультации, детской поликлиники и поликлиники для взрослых. Создание амбулаторно-поликлинического комплекса базируется на общем районе обслуживания детской поликлиники и поликлиники для взрослых с районом обслуживания женской консультации. Число территориальных амбулаторно-поликлинических комплексов соответствует числу женских консультаций. В рамках амбулаторно-поликлинического комплекса формируются участковые АТПК в составе акушерско-гинекологического участка, 4-5 терапевтических и 2-3 педиатрических участков. Число участковых комплексов соответствует числу акушерско-гинекологических участков.

На втором (районном) уровне формируются районные АТПК, их число определяется административным делением города или области на районы. В состав районного АТПК входят амбулаторно-поликлинические комплексы данного района, роддом или родильное отделение, больницы детской и общеклинической сети.

На третьем (городском, областном) уровне формируется городской или областной АТП комплекс в составе районных комплексов и связанных с ними организаций здравоохранения города или области.

### **Типы комплексирования АТП объединений:**

- административный тип комплексирования, в основе которого лежит административная соподчиненность организаций здравоохранения трех сетей (акушерской, детской и общеклинической), входящих в комплекс;
- функционально-территориальный тип комплексирования, в основе которого лежит функциональная соподчиненность организаций здравоохранения, включенных в комплекс и обслуживающих данную территорию;

– смешанный (административно-функционально-территориальный) тип комплексирования, в основе которого лежит сочетание административной соподчиненности организаций здравоохранения комплекса с функционально-территориальной соподчиненностью других организаций здравоохранения.

При любом типе комплексирования система АТПК не требует дополнительных штатов, строится в пределах нормативной численности женского, детского и взрослого населения на участке.

### **Система управления АТП комплексами**

Функции органов управления АТП комплексами выполняются Советом АТП.

Включение в состав Совета АТП представителей всех организаций здравоохранения комплекса позволяет реализовать интеграцию руководства комплексным подходом к профилактике нарушений здоровья женщин и детей.

АТП Совет административного объединения должен возглавляться главным врачом АТПК, АТПК Совет функционально-территориального объединения – руководителем акушерско-гинекологической сети. Руководитель женской консультации возглавляет АТПК амбулаторно-поликлинического уровня. Районного уровня – главный акушер-гинеколог района (врач роддома); городского уровня – главный акушер-гинеколог города; областного – главный акушер-гинеколог области.

Деятельность АТП Совета направлена на разработку и осуществление мероприятий по антенатальной охране плода, здоровья женщин репродуктивного возраста, детей-подростков, снижению материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности, по улучшению качества диспансеризации женщин детородного возраста, детей и подростков. Решение каждого вопроса осуществляется АТП Советом на основе совместного использования возможностей организаций здравоохранения комплекса в целом (материально-технической базы, кадров, диагностических вспомогательных служб и др.).

Решение АТП Совета являются обязательными для медицинского персонала комплекса данного уровня.

При районных, городских и областных АТП Советах формируются комиссии по анализу случаев материнской, перинатальной, младенческой и детской смертности, которые создаются, как правило, на базе роддома в составе эксперта-акушера, эксперта-терапевта, эксперта-неонатолога, патологоанатома. Участие экспертов разного профиля позволяет обеспечить более квалифицированную оценку качества медицинской помощи, оказанной специалистом соответствующего профиля.

### **Формирование системы АТП комплексов**

Формирование системы АТПК осуществляется поэтапно.

Первый этап предусматривает выполнение мероприятий по комплектованию АТП комплексов разных уровней. Содержание этого этапа составляет административное и функциональное объединение организаций здравоохранения трех сетей в комплексы на основе совмещения районов обслуживания, создание АТП Советов, управляющих каждым комплексом, консультативно-экспертных комиссий трех профилей, а так же формирование в рамках каждого амбулаторно-поликлинического АТПК участков комплексов (совмещенных участков).

Второй этап включает мероприятия, обеспечивающие функционирование комплекса, т.е. составление и размещение на рабочих местах участковых врачей комплекса совмещенных территориальных паспортов приема врачей данного участкового АТПК. С этой целью поликлиники и консультация обмениваются расписаниями работы врачей и вспомогательных служб учреждений.

Третий этап заключается во внедрении форм взаимосвязи, осуществлении комплексного подхода к профилактике нарушений здоровья матери и ребенка, который обеспечивается интеграцией функциональных обязанностей участкового акушер-гинеколога, терапевта и педиатра в условиях комплекса.

Создание системы АТП комплексов может осуществляться путем последовательного выполнения этапов формирования, а также путем параллельного выполнения первого и второго этапа, что ускоряет внедрение мероприятий третьего этапа.

### **Алгоритм организации непрерывного наблюдения женщины и ребенка в условиях АТП комплекса**

Усиление интенсивности наблюдения, этапность медицинского обслуживания, интеграция функций участковых врачей различных организаций здравоохранения комплекса на каждом этапе требует выработки последовательных актов наблюдения женщины и ребенка в системе «мать-плод-ребенок». Такая последовательность актов наблюдения с целью облегчения практического использования предложенной системы организационных мероприятий по охране здоровья женщины и ребенка в условиях АТПК может быть представлена в виде алгоритма, который разделен на несколько последовательных этапов.

Первый этап – превентивная охрана здоровья данного ребенка на этапе, предшествующем зачатию.

Второй этап – организационные действия врачей трех сетей в период внутриутробной жизни ребенка. На данном этапе осуществляется выявление факторов риска перинатальной патологии совместно с врачами трех сетей; оценка медико-социальных условий возможности про-

должения внутриутробного развития плода; планирование продолжения внутриутробного развития плода.

Третий этап – организационные действия врачей трех специальностей на стационарном этапе, объединяющим период дородовой подготовки, интранатальный и постнатальный периоды. На данном этапе осуществляется обеспечение преемственности в наблюдении за плодом (ребенком) между амбулаторным (антенатальным), стационарным (интранатальным, постнатальным) и амбулаторным (неонатальным) периодами жизни.

Четвертый этап – организационные мероприятия, обеспечивающие охрану здоровья ребенка от момента поступления в детскую поликлинику до достижения года жизни.

Пятый этап – организационные мероприятия, обеспечивающие охрану здоровья ребенка от года до 18 лет.

## **7. Организация лечебно-диагностической помощи беременным женщинам в стационарных организациях здравоохранения**

Основной задачей деятельности организаций здравоохранения, оказывающих стационарную медицинскую помощь беременным женщинам и новорожденным, является полное удовлетворение потребностей обслуживаемого контингента в высококвалифицированной, специализированной медицинской помощи.

### **Структура стационарной службы родовспоможения**

- ✚ акушерско-гинекологические отделения, родильные отделения, родильные дома в структуре ЦРБ;
- ✚ городские, областные родильные дома;
- ✚ акушерско-гинекологические отделения многопрофильных больниц;
- ✚ клинические родовспомогательные ЛПО, являющимися базами кафедр акушерства и гинекологии высших медицинских УО.

### **7.1. Организация оказания медицинской помощи в родильном доме**

Родильный дом – лечебно-профилактическая организация, обеспечивающая стационарную акушерско-гинекологическую помощь женщинам в период беременности, родов, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях, а также медицинскую помощь новорожденным детям. Оказание медицинской помощи осуществляется по территориальному принципу. Однако, первая и неотложная медицинская помощь оказывается всем беременным и роженицам независимо от места жительства и ведомственной подчиненности.

Госпитализация в родильный дом осуществляется в плановом порядке по направлению ЛПО; по скорой медицинской помощи, когда пациентки доставляются в отделение бригадами скорой помощи в связи с развитием родовой деятельности, внезапно возникшими заболеваниями (состояниями) или несчастными случаями; самостоятельно, по собственной инициативе, без направления ЛПО.

Мощность и структура родильного дома определяются потребностью населения обслуживаемой зоны в основных видах акушерско-гинекологической и перинатальной помощи.

Родильный дом возглавляется главным врачом, в зависимости от мощности родильного дома назначаются заместители главного врача:

- по лечебной работе;
- по медицинской экспертизе и реабилитации;
- по планово-экономической работе;
- по административно-хозяйственной работе.

К аппарату управления родильного дома также относятся:

- главный бухгалтер;
- заведующие отделениями и подразделениями;
- заведующие кабинетами;
- главная медицинская сестра.

## **7.2. Задачи и функции акушерского стационара**

1. Своевременная госпитализация женщин, нуждающихся в круглосуточном наблюдении медицинского персонала.
2. Оказание высококвалифицированной акушерской стационарной и амбулаторно-поликлинической помощи женщинам при беременности, в родах, в послеродовом периоде.
3. Обеспечение ухода и квалифицированной медицинской помощи новорожденным детям в период пребывания в родильном доме.
4. Организация раннего выявления, предупреждения и лечения гинекологических заболеваний.
5. Мероприятия по борьбе с мертворождаемостью и недонашиваемостью, младенческой, материнской смертностью, абортами.
6. Назначение диагностического и лабораторного обследования, согласно протоколам диагностики и лечения.
7. Проведение комплексного лечения осложнений беременности, родов, послеродового периода и заболеваний у новорожденных, с использованием современных методов медикаментозного, оперативного и восстановительного лечения, с соблюдением правил внутреннего распорядка, лечебно-охранительного режима и ухода за больными.

8. Изучение и анализ заболеваемости беременных, осложнений родов и послеродового периода.
9. Разработка мероприятий по профилактике заболеваний беременных женщин и новорожденных детей, осложнений беременности, родов, послеродового периода.
10. Проведение экспертизы временной утраты трудоспособности.
11. Изучение и анализ заболеваемости новорожденных детей.
12. Профилактика внутрибольничного инфицирования.
13. Контроль качества лечебно-диагностического процесса.
14. Контроль качества диетического питания, с учетом лечебных столов.
15. Материально-техническое снабжение и оснащение отделений современной аппаратурой.
16. Своевременное и качественное проведение текущего и капитального ремонта.
17. Повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала.
18. Подготовка и представление сотрудников для проведения аттестации на соответствие занимаемой должности и присуждение квалификационных категорий.
19. Приобретение и использование новейшего диагностического и лечебного оборудования, медикаментов.
20. Проведение анализа статистических данных, характеризующих деятельность акушерского стационара, составление отчетов по формам, утвержденным органами статистики и анализа МЗ РБ.
21. Осуществление мероприятий по обеспечению техники безопасности, противопожарной защиты и охране труда.
22. Оказание дополнительных медицинских услуг физическим лицам, работникам предприятий и организаций за их счет на платой основе.
23. Контроль ведения бухгалтерского учета и отчетности, обеспечение сохранности материальных ценностей.
24. Разработка перспективных и текущих планов с последующим утверждением в вышестоящих органах здравоохранения.

На должность заведующего отделениями родовспоможения назначается квалифицированный врач, имеющий практический стаж работы по специальности «Акушерство и гинекология» не менее 5 лет, а также теоретические знания в пределах первой или высшей квалификационной категории по специальности «Акушерство и гинекология».



### **7.3. Обязанности заведующего отделениями родовспоможения**

1. Осуществлять руководство отделением (врачами, старшей медицинской сестрой, медицинскими сестрами, сестрой хозяйкой, раздатчицей, санитарками).
2. Ежедневно проводить оперативные совещания в отделении (принимать дежурства у врачей, средних медицинских работников).
3. Составлять графики работы.
4. Составлять графики отпусков сотрудников отделения.
5. Осматривать вновь поступивших пациенток, а так же беременных, рожениц и родильниц, находящихся в тяжелом состоянии.
6. Организовывать и обеспечивать своевременное обследование, лечение и родоразрешение пациенток в отделении на уровне современных достижений медицинской науки и практики.
7. Контролировать лечебно-диагностический процесс в отделении.
8. Контролировать целесообразность назначения консультаций в отделении для решения диагностических и лечебных вопросов.
9. Осуществлять консультации в других отделениях.
10. Организовывать консилиумы.
11. Организовывать и проводить клинические и клинико-анатомические конференции.
12. Дежурить в вечернее и ночное время, в выходные и праздничные дни по родильному дому согласно графику, утвержденному главным врачом.
13. Участвовать в проведении плановых и экстренных операций.
14. Решать вопросы перевода пациентов из отделения, проверять и подписывать истории родов, эпикризы – при переводе пациентов в другое отделение.
15. Осуществлять экспертизу контроля КМП на первой ступени контроля, с вынесением данных уровня качества (УК) на титульный лист истории родов и статистическую карту с личной подписью.
16. Внедрять в работу отделения новейшие достижения медицинской науки и техники.
17. Осуществлять контроль санитарно-противоэпидемического и лечебно-охранительного режима в отделении.
18. Осуществлять профилактику ВБИ.
19. Контролировать правильность хранения, использования, учета расхода перевязочного материала, медикаментов, в том числе препаратов, подлежащих количественному учету.
20. Контролировать охрану труда и техники безопасности.
21. Представлять пациенток на ВКК и МРЭК.
22. Контролировать выполнение больными правил внутреннего распорядка в отделении.
23. Регулярно проводить административные обходы в отделениях.

24. Обеспечивать систематическое повышение уровня подготовки медперсонала по деонтологии, организовывать деонтологическое воспитание молодых специалистов, используя знания и опыт наиболее квалифицированных врачей и акушеров.
25. Составлять поквартальный и годовой планы работы отделения.
26. Анализировать показатели работы отделения за квартал и год.
27. Своевременно доводить до сведения сотрудников отделения приказы и распоряжения администрации, а так же методические рекомендации и другие нормативные документы.
28. Обеспечивать выполнение требований Директив № 1, 2 и 3 Президента Республики Беларусь.
29. Обеспечивать выполнение плана мероприятий по предотвращению коррупции и взяточничества среди сотрудников отделения.
30. Анализировать деятельность отделения на основе МКР.

#### **7.4. Обязанности врача–ординатора**

1. Организовать и провести все необходимые мероприятия, направленные на раннее выявление нарушений состояния беременных, рожениц и родильниц и полное клинико-лабораторное обследование.
2. Выявить группу беременных и рожениц высокого риска по материнской и перинатальной смертности и провести соответствующее полное клинико-лабораторное обследование.
3. Применить объективные методы обследования беременных, рожениц и родильниц, выявить общие и специфические признаки нарушения их состояния.
4. Оценить тяжесть состояния больной, определить объем обследования и последовательность лечебных мероприятий.
5. Оказать необходимую срочную медицинскую помощь при неотложных состояниях.
6. Вести медицинскую документацию в соответствии с действующими нормативно-правовыми актами.
7. Обеспечивать своевременное обследование и лечение пациенток в отделении на уровне современных достижений медицинской науки и практики.
8. Обеспечивать необходимый уход за родильницами на основе принципов лечебно-охранительного режима и соблюдения правил медицинской деонтологии, а так же выполнения персоналом установленного больничного режима.
9. Контролировать своевременность организации и выполнения лечебно-диагностических мероприятий в родах.
10. В необходимых случаях проводить консультацию пациенток заведующим отделением, врачами других специальностей.
11. Использовать в своей работе современные методы профилактики, диагностики и лечения больных, в том числе комплексной терапии

и восстановительного лечения (медикаментозные средства, диетотерапия, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия).

12. Осуществлять экспертизу временной нетрудоспособности (ВН) в соответствии с действующим положением об экспертизе ВН.
13. Проводить противоэпидемические мероприятия: раннее выявление, диагностика и лечение, заполнение и направление «Экстренного извещения об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» в соответствующий ЦГЭ и ОЗ на каждого выявленного инфекционного больного или подозреваемого на инфекционное заболевание.
14. Активно проводить санитарно-просветительскую работу среди пациенток по вопросам ЗОЖ, семейных отношений и предупреждения заболеваний, связанных с воздействием вредных привычек и др.
15. Дежурить в вечернее и ночное время, выходные и праздничные дни по роддому согласно графику, утвержденному заместителем главного врача по лечебной работе.
16. Докладывать заведующему отделением о родильницах, подлежащих выписке или переводу в другие отделения, а так же в случае изменения диагноза.
17. Контролировать качество и своевременность выполнения средним и младшим медицинским персоналом назначений и указаний по лечению и уходу за родильницами.
18. Ставить в известность дежурного врача о необходимости наблюдения за тяжелобольными, требующими особого врачебного наблюдения.
19. Систематически повышать свою квалификацию путем активного участия в общепольничных конференциях, больничных советах, клинических разборах, семинарах.
20. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка и следить за его соблюдением средним и младшим медицинским персоналом отделения.
21. Соблюдать правила и принципы врачебной этики и медицинской деонтологии.
22. Соблюдать требования по охране труда, пожарной безопасности на рабочем месте, при выполнении работ в соответствии с требованиями нормативных актов и документов по охране труда.

#### **7.5. Обязанности акушерки отделений родовспоможения**

1. Оказывать доврачебную помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.
2. Проводить забор материалов для лабораторных исследований.
3. Проводить стерилизацию инструментария, перевязочных средств и предметов ухода за больными.
4. Обеспечивать правильное хранение, учет и списание лекарственных препаратов.

5. Обеспечивать качественное и своевременное выполнение врачебных назначений.
6. Обеспечивать готовность медицинской аппаратуры, медицинского инструментария, медикаментов, дезинфекционных средств на рабочем месте.
7. Обеспечивать сохранность медицинского оборудования, медицинского инструментария, медикаментов.
8. Качественно вести установленную медицинскую документацию.
9. Ассистировать врачу при проведении лечебно-диагностических мероприятий, малых амбулаторных и стационарных операций.
10. Соблюдать принципы медицинской этики и деонтологии.
11. Производить транспортировку пациенток в оперативный блок и реанимацию.
12. Сопровождать пациенток на консультацию в другие отделения роддома.
13. Своевременно (1 раз в год) проходить медицинский осмотр.
14. Соблюдать установленные требования по охране труда, технике безопасности и производственной санитарии, пожарной безопасности, пользоваться выданными средствами индивидуальной защиты.
15. Немедленно информировать руководителя структурного подразделения или учреждения о возникших ситуациях, препятствующих нормальному выполнению работ, создающих угрозу здоровью и жизни.
16. Выполнять действующие в учреждении правила внутреннего трудового распорядка, функциональные обязанности, предусмотренные должностной инструкцией.
17. Систематически повышать свою квалификацию путем активного участия в общебольничных конференциях, больничных советах, семинарах.
18. Соблюдать правила внутреннего трудового распорядка и следить за младшим медицинским персоналом отделения по его соблюдению.
19. Следить за соблюдением лечебно-охранительного и санитарно-противоэпидемического режима в отделении, проводить генеральную уборку помещений отделения.

#### **7.6. Структура родильного дома**

- ≡ приемно-пропускной блок (приемное отделение), включающее зал ожидания, справочное бюро, комнату для персонала, фильтр, смотровые комнаты, два санпропускника, две выписные комнаты;
- ≡ (физиологическое) акушерское отделение – 50–55 % от общего числа акушерских коек;
- ≡ (обсервационное) акушерское отделение (палаты) – 20–25 % от общего числа акушерских коек;

- ⚊ отделение (палаты) патологии беременности – 25–30 % от общего числа акушерских коек;
- ⚊ отделение (палаты) для новорожденных детей в составе физиологического и наблюдательного отделений;
- ⚊ отделение (палаты) интенсивной терапии в составе физиологического и наблюдательного отделений и отделения (палаты) для новорожденных детей;
- ⚊ гинекологическое отделение с собственным приемно-пропускным блоком (25–30 % от общего числа коек родильного дома), должно располагаться в отдельном корпусе или изолированно от акушерского отделения с отдельным приемным отделением;
- ⚊ клиничко-диагностическая лаборатория;
- ⚊ рентгенологический кабинет;
- ⚊ кабинет УЗИ;
- ⚊ физиотерапевтический кабинет;
- ⚊ кабинет функциональной диагностики;
- ⚊ хозяйственная служба.

В приемно-пропускном блоке осуществляется прием и регистрация пациенток, поступающих в больницу; установление предварительного диагноза; решение вопроса о необходимости стационарного лечения; оказание необходимой медицинской помощи; санитарная обработка женщин, поступающих для родоразрешения в различные отделения; мероприятия по предупреждению заноса и распространения инфекционных заболеваний; выписка пациенток; выдача справок.

Физиологическое акушерское отделение включает в себя санитарный пропускник, входящий в состав приемно-пропускного блока; родовой блок; послеродовое отделение; палаты (отделение) новорожденных; выписную комнату.

Родовой блок в своем составе имеет предродовые палаты (10–12 % от количества всех коек физиологического акушерского отделения); родовые палаты (родильные залы – 8 % всех коек физиологического акушерского отделения); манипуляционную для новорожденных; операционный блок (большую и малую операционные, помещения для хранения крови, плазмы, переносной аппаратуры); палаты интенсивной терапии.

В предродовых палатах целесообразно размещать не более 2 кроватей. Палаты должны быть оборудованы централизованной (или местной) подводкой кислорода и закиси азота, оснащены наркозной аппаратурой для обезболивания родов.

Палаты интенсивного наблюдения и лечения предназначены для беременных и рожениц с тяжелыми осложнениями беременности (преэклампсия, эклампсия) или экстрагенитальными заболеваниями.

В родовые палаты (родильные залы) переводят рожениц с началом второго периода родов.

Операционный блок состоит из большой операционной с предоперационной, наркозной, двух малых операционных, подсобных помещений (для хранения крови, плазмы, переносной аппаратуры). Большая операционная предназначена для операций, сопровождающихся чревосечением. В малой операционной выполняются акушерские пособия и операции в родах: влагалищные исследования рожениц, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, обследование полости матки и др., а также переливание крови и кровезаменителей.

Палата для новорожденных в родовом блоке размещается между двумя родовыми палатами (родильными залами). Она должна быть оснащена всем необходимым для первичной обработки новорожденного и оказания ему неотложной (реанимационной) помощи.

Послеродовое отделение имеет в своем составе палаты для родильниц, комнаты для сцеживания и сбора грудного молока, процедурную, бельевую, комнату гигиены с восходящим душем, санитарную комнату, туалет. При заполнении палат в послеродовом отделении следует соблюдать цикличность, то есть одновременное заполнение палат родильницами «одного дня» с тем, чтобы на 5-6 день их одновременно выписать. Если по состоянию здоровья женщины или новорожденного в палате задерживаются 1-2 женщины, то их переводят в резервные палаты, чтобы полностью освободить и подвергнуть санитарной обработке палату, функционировавшую в течение 5-6 дней.

Помещения для сбора, пастеризации и хранения грудного молока должны быть оборудованы электрической или газовой плитой, двумя столами для чистой и использованной посуды, холодильником, медицинским шкафом, баками (ведрами) для сбора и кипячения молочных бутылочек, молокоотсосов.

Обсервационное акушерское отделение в своем составе имеет: приемно-смотровую, предродовую, родовую, послеродовые палаты, палаты для новорожденных (боксированные), операционную, манипуляционную, выписную комнату, подсобные помещения. В обсервационном отделении оказывают медицинскую помощь беременным, роженицам, родильницам и новорожденным с заболеваниями, которые могут являться источниками инфекции и представлять опасность для окружающих.

Отделение для новорожденных в родильном доме размещают в составе физиологического и обсервационного отделений. В физиологическом отделении наряду с постами для здоровых новорожденных выделяют пост для недоношенных детей и детей, родившихся в асфиксии, с клиникой церебральных поражений, дыхательных нарушений, перенесших внутриутробную гипоксию, а также родившихся при оперативных родах, при переношенной беременности, имеющие клинику резус и групповой сенсибилизации.

В наблюдательном отделении находятся дети, родившиеся в этом отделении; поступившие в родовспомогательное ЛПО с матерью после родов, произошедших вне акушерского стационара; дети с тяжелыми уродствами; с проявлениями внутриутробной инфекцией; с экстремально низкой массой тела и отказные дети, подлежащие усыновлению или переводу в лечебные стационары и дома ребенка.

Отделение патологии беременных организуется в родильных домах (отделениях) мощностью на 100 акушерских коек и более. В родильных домах, где нельзя организовать самостоятельные отделения патологии беременных, выделяют палаты в составе физиологического акушерского отделения. В отделение подлежат госпитализации беременные с экстрагенитальной патологией, осложнениями беременности (угроза прерывания, гестозы, фетоплацентарная недостаточность), с неправильным положением плода, узким тазом, рубцом на матке, отягощенным акушерским анамнезом. В отделении предусмотрены смотровая, процедурная, малая операционная, кабинет психопрофилактической подготовки к родам, кабинет функциональной диагностики, оснащенный аппаратами для оценки состояния беременной и плода. Отделение должно снабжаться кислородом. Из отделения беременную выписывают домой или переводят в родильное отделение для родоразрешения.

Домой выписывают только здоровых детей. О дне выписки ребенка домой обязательно телефонограммой сообщают в территориальную детскую поликлинику. Глубоко недоношенных и больных детей переводят в специализированные детские отделения.

Большое значение в нормальной деятельности акушерских стационаров и профилактике гнойно-септических заболеваний беременных, рожениц, родильниц и среди новорожденных имеет соблюдение санитарно-гигиенических правил.

### **7.7. Санитарно-гигиенические мероприятия в приемно-смотровом отделении**

1. В приемно-смотровом отделении обеспечивается изоляция потоков поступающих рожениц в физиологическое и наблюдательное отделения.
2. В приемной беременная (роженица) снимает верхнюю одежду и проходит в комнату-фильтр, где оставляет обувь, платье, нательное белье. Собственные вещи роженицы возвращаются родственникам, или хранятся в специально оборудованном помещении, обувь помещается в отдельный полиэтиленовый мешок. Роженице в палату разрешается взять собственные предметы личной гигиены.

3. Врач или акушерка на основании данных обменной карты, опроса и осмотра беременной решают вопрос о госпитализации в физиологическое или наблюдательное отделение.
4. Осмотр роженицы проводится на кушетке, покрытой клеенкой и индивидуальной пленкой. После приема каждой роженицы пленку меняют, а клеенку обеззараживают.
5. Осмотр родовых путей должен проводиться в стерильных перчатках. При загрязнении в процессе манипуляций рук и других участков тела медицинского персонала кровью или другими биосубстратами организма роженицы, кожу рук персонала обеззараживают дезинфектантом, моют водой с мылом, после чего обрабатывают антисептиком.
6. После осмотра роженицы акушерка приемного отделения проводит ей стрижку ногтей на руках, ногах. Сбривание волос в подмышечных впадинах и на лобке проводится по назначению врача. С этой целью указанные участки тела обрабатывают жидким кипяченым мылом или мыльным спиртом с помощью стерильного ватного или марлевого тампона. Сбривание волос проводится безопасной бритвой (отдельные бритвенные станки для подмышечных впадин и лобка). Станки для бритв должны быть металлическими и после использования подвергаться дезинфекции. Лезвия используются однократно.
7. Унитаз после использования подлежит обеззараживанию.
8. После опорожнения кишечника и при отсутствии противопоказаний роженица принимает душ. Для мытья выдается твердое мыло в одноразовой расфасовке, мочалка из открытого для нее индивидуального стерильного пакета, стерильное полотенце.
9. После душа наружные половые органы и промежность роженицы обмывают раствором антисептика. Женщина надевает стерильную сорочку, халат, продезинфицированные тапочки.
10. При потугах или состояниях, угрожающих здоровью беременной, санитарная обработка сокращается до минимума, или проводится в родовом блоке.
11. Использованное при приеме роженицы белье собирается в полиэтиленовый или прорезиненный мешок и немедленно удаляется из отделения в комнату сбора использованного белья.
12. В приемном отделении необходимо иметь противопедикулезную укладку.
13. Инструментарий, использованный при осмотре и обработке женщин, все изделия из полимерных материалов, резины сразу же погружаются в раствор дезинфектанта, после чего передаются для предстерилизационной очистки и стерилизации.



14. Перевод женщин на роды из отделения патологии беременности осуществляется через смотровую комнату с полным объемом санитарной обработки.
15. Не реже одного раза в сутки в помещениях приемно-смотрового отделения проводят уборку с использованием дезинфицирующих средств и дважды влажную уборку с применением моющих средств (50 гр. на 10 л. воды). Обработку начинают с комнаты-фильтра, затем выполняют уборку смотровой, душевой, в последнюю очередь - санитарного узла.
16. После влажной уборки на 60 минут включают бактерицидные лампы, с которых предварительно удаляется пыль, затем проветривают помещение.
17. Стены и пол душевой после приема каждой роженицы моют с использованием моющих средств, резиновый коврик и унитаз обеззараживают.
18. Уборочный инвентарь (ведра, тазы, швабры, ветошь) после обработки помещения обеззараживают. Ветошь после обеззараживания прополаскивают и сушат.

После санитарной обработки женщина со стерильным бельем направляется в соответствующее отделение роддома.

### **7.8. Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия в родовом отделении**

1. Медицинский персонал родового, послеродового и отделения новорожденных перед началом работы принимает душ и надевает чистую санитарную одежду (халат, шапочка, тапочки), которая меняется ежедневно. Каждый сотрудник обеспечивается индивидуальным шкафчиком для хранения собственной одежды и сменной обуви. В родильном зале, операционной, отделении новорожденных, а также при проведении инвазивных вмешательств (пункция магистральных сосудов, люмбальная пункция и т.д.) персонал работает в марлевых масках, сменяемых каждые 3 часа (4-слойная маска) или 4 часа (6-слойная).

Персоналу запрещается появляться без спецодежды на рабочем месте, принимать пищу в палатах, коридорах, лабораториях, посещать столовую для медработников или буфет в спецодежде.

2. Кровати в предродовой палате должны стоять не заправленными, их готовят непосредственно перед поступлением роженицы. На обеззараженную кровать кладут продезинфицированный камерным способом матрац, подушку в стерильной наволочке, стерильную простыню, обеззараженную клеенку и стерильную подкладную пеленку. Матрац и подушка должны быть в наглухо зашитых клеенчатых чехлах без повреждений, которые обеззараживают путем протирания или орошения дезинфектантом.

3. Роженице выделяют индивидуальное судно, которое после каждого использования промывают проточной водой и обеззараживают.

4. Влагалищные исследования проводят в специально оборудованной комнате с соблюдением правил асептики и антисептики.

5. Перед переводом в родильный зал роженице проводят туалет наружных половых органов антисептиком.

6. После перевода роженицы в родильный зал ее постельное белье собирают в клеенчатый или полиэтиленовый мешок и немедленно удаляют из отделения. Клеенчатые чехлы матраца и подушки, кровать обеззараживают путем протирания или орошения дезинфектантом. Кровать остается свободной вплоть до перевода в родильный зал всех рожениц, после чего в палате проводят генеральную уборку и заключительную дезинфекцию.

7. Влажную уборку в палатах выполняют не реже 2 раз в сутки с использованием моющих растворов и не реже одного раза с использованием дезинфицирующих средств. После уборки включают бактерицидные лампы не менее чем на 60 минут, с которых предварительно удаляется пыль. Проветривание палат проводят не менее 3 раз в сутки.

8. Дверь в родильный зал держат постоянно закрытой. Лица, не участвующие в приеме родов, в родильный зал не допускаются (Приказ № 178 МЗ РБ от 21.12.95 г.).

9. При наличии двух и более родильных залов прием родов в них осуществляется поочередно. Каждый родильный зал работает не более двух суток, а затем в нем проводят генеральную уборку и заключительную дезинфекцию. Текущая уборка проводится в перерывах между родами. При наличии одного родильного зала роды принимают поочередно на разных Рахмановских кроватях. В боксированном родильном блоке роды проводят поочередно в отдельных боксах.

10. Роженицу доставляют из предродовой палаты в родовую, где надевают стерильную рубашку, бахилы, завязывают на голову косынку, укладывают на кровать Рахманова, покрытую стерильной клеенкой и подкладной пеленкой из комплекта для роженицы.

11. Наружные половые органы и внутренние поверхности бедер обрабатывают антисептиком.

12. Медицинский персонал, участвующий в приеме родов, моет руки теплой водой с мылом не менее одной минуты, вытирает стерильными салфетками и обрабатывает антисептиками, надевает стерильный халат, шапочку, четырехслойную маску, перчатки.

13. В процессе приема родов используют только стерильный инструментарий и материал.

14. Медицинский персонал других отделений, студенты вузов, учащиеся медицинских училищ, врачи и средний медицинский персонал, проходящие повышение квалификации, должны входить в родовой

блок в стерильных халатах, бахилах, шапочках, масках. Стерильная одежда и маски находятся в биксах у входа в отделение.

15. Новорожденного принимают в обеззараженный, согретый и покрытый стерильной пленкой лоток. Для первичной обработки ребенка используют стерильный материал и инструментарий.

16. При отсутствии патологии со стороны матери и новорожденного ребенка сразу после рождения помещают на живот родильницы, а также прикладывают к груди.

17. После выделения последа акушерка моет руки, надевает стерильные перчатки и производит вторичную обработку пуповины новорожденного. Основание пуповины обрабатывают 70-градусным этиловым спиртом или антисептиком, покрывают стерильной марлевой салфеткой. Возможна обработка культи пуповины пленкообразующими аэрозольными антисептиками, разрешенными Минздравом Республики Беларусь, в соответствии с прилагаемой к ним инструкцией. Если ребенок сильно загрязнен меконием, его вначале обмывают под теплой проточной водой с мылом и ополаскивают теплым раствором калия перманганата 1:10000 или другим антисептиком, кожу высушивают стерильной пленкой.

18. Туалет кожных покровов проводят стерильными тампонами, смоченными стерильным растительным или вазелиновым маслом из индивидуального флакона для каждого ребенка и открытого непосредственно перед обработкой, затем снимают первородную смазку, слизь, меконий. Каждый тампон однократно смачивается и после использования удаляется.

19. Профилактику бленнореи проводят дважды: во время первичного туалета и повторно через два часа препаратами, разрешенными Минздравом Республики Беларусь.

20. После родов лотки для приема новорожденных, лотки для последов, наркозные маски, катетеры для отсасывания слизи, грелки, пузыри для льда, другие предметы ухода подвергают обеззараживанию.

21. Использованный при приеме родов медицинский инструментарий погружают в раствор дезинфектанта, после чего подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации.

22. Плацентарную кровь и пузыри со льдом хранят отдельно в специальных холодильниках, последы - в отдельных морозильниках.

23. Белье, использованное в процессе приема родов, собирают в полиэтиленовый или клеенчатый мешок и немедленно удаляют из отделения.

24. Использованный во время родов перевязочный материал сбрасывают в обеззараженный таз, покрытый стерильной пленкой, и сразу после родов удаляют из родильного зала. Перевязочный материал передается для утилизации путем сжигания, пеленки - для стирки, таз обез-

зараживают раствором дезинфектанта, промывают горячей водой, высушивают.

25. В родовом отделении должны быть маркированные каталки для перевозки рожениц и родильниц, которые после каждого использования протирают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

26. По окончании родов кровать Рахманова, матрац и подушку, покрытые клеенкой, протирают стерильной ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

27. При дезинфекции путем протирания один и тот же кусок стерильной ветоши, смоченный дезсредством, используется только для одного предмета (например, кровать Рахманова). Протирание других предметов проводится новым куском ветоши. Ветошь смачивается дезсредством только однократно и повторно в дезинфектант не погружается. Использованная ветошь собирается и передается в прачечную для стирки, после чего автоклавируется.

28. Обеззараживание пола, кранов и раковин, столов, кроватей Рахманова проводят с использованием дезинфицирующих средств не реже одного раза в сутки при отсутствии родов, после чего на 60 минут включают бактерицидную лампу, затем проветривают помещение.

29. В боксированном родильном блоке после родов обработку бокса проводят по типу заключительной дезинфекции.

30. Генеральную уборку предродовых палат и родильных залов осуществляют в отсутствие пациентов.

Родильные залы, операционные должны быть оборудованы всем необходимым для обработки разрывов промежности, ручного отделения последа, кесарева сечения, ампутации матки.

Первый туалет новорожденного, обработка глаз, измерение длины и массы тела ребенка проводятся акушеркой в родовом зале. Через 2-2,5 часа после нормальных родов женщина переводится в послеродовое отделение (палаты), новорожденный — в палату для новорожденных. В родильных домах предусмотрены палаты совместного пребывания матери и ребенка. Число детских коек в отделении (палатах) новорожденных должно соответствовать числу материнских коек в послеродовом отделении. Для недоношенных и ослабленных детей выделяют 10-12% из числа детских коек в отделении. Ежедневно данные наблюдения за ребенком вносятся врачом в «Историю развития новорожденного» (ф. № 097/у).

### **7.9. Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия в послеродовом физиологическом отделении и в отделении новорожденных**

1. Послеродовое физиологическое отделение должно организовываться как отделение совместного пребывания матери и ребенка с целью

активного участия матери в уходе за новорожденным, приобретения и закрепления необходимых знаний, навыков и умений (пеленание, кормление, туалет кожных покровов, слизистых оболочек и др.), усвоения необходимых гигиенических требований. При наличии условий возможна организация таких палат и в наблюдательном отделении.

2. Палаты для совместного пребывания нескольких матерей и новорожденных могут быть устроены в виде боксов или полубоксов. Заполнение палат проводится в течение одних суток.

3. Палата совместного пребывания матери и ребенка оснащается пеленальным столом, необходимым набором белья для новорожденного, медикаментами, дезинфицирующими средствами. В палате находятся халаты для медицинской сестры и врача-неонатолога, которые меняют ежедневно.

4. Требования к соблюдению правил асептики медицинским персоналом и родильницей при уходе за новорожденным, а также к режимам уборки и дезинфекции палат те же, что и в отделении новорожденных при централизованном размещении матерей и детей.

5. При наличии противопоказаний к совместному пребыванию матери и ребенка предусматриваются палаты раздельного размещения, которые заполняются циклично в срок до 3 суток.

6. Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка являются:

- тяжелые токсикозы беременных;
- экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации;
- острые инфекционные заболевания;
- состояния ребенка, требующие наблюдения и ухода только медицинского персонала.

Совместное пребывание матери и ребенка после хирургического вмешательства в родах организуется индивидуально с учетом состояния здоровья родильницы.

7. Кровати в палатах застилают постельными принадлежностями перед переводом родильницы из родового отделения.

8. Родильница обеспечивается отдельными полотенцами для рук и лица, подкладной пеленкой, индивидуальным судном.

9. Постельное белье меняется не реже одного раза в 3 дня, а в случае загрязнения лохиями, кровью и т.д. - по мере загрязнения, полотенце для рук - ежедневно. Подкладные пеленки меняют по мере загрязнения, нательное белье - ежедневно. При необходимости для ухода за молочными железами могут использоваться одноразовые стерильные салфетки.

10. При наличии показаний туалет наружных половых органов родильниц и молочных желез проводит акушерка в палате или в манипуляционной комнате с соблюдением правил асептики и антисептики. По-

сле обработки каждой женщины клеенка кушетки, гинекологическое кресло протираются ветошью, смоченной раствором дезинфектанта.

11. Любые манипуляции, выполняемые медицинским персоналом родильниц, проводятся в перчатках.

12. Весь использованный при манипуляциях инструментарий погружается в раствор дезинфектанта, после чего подвергается предстерилизационной очистке и стерилизации.

13. При отсутствии противопоказаний родильница ежедневно принимает душ, для чего использует индивидуальную мочалку и мыло.

14. Использованное белье собирают в клеенчатые или полиэтиленовые мешки и сразу же удаляют из отделения.

15. Утром и вечером в палатах проводят влажную уборку с использованием моющего средства, а после третьего кормления детей - с использованием дезинфицирующих средств. После уборки включают бактерицидные лампы на 30-60 минут.

16. Перед кормлением ребенка, а также перед сцеживанием молока родильница моет руки теплой водой с мылом.

17. После выписки родильницы или перевода в наблюдательное отделение, а также в другое лечебно-профилактическое учреждение постельные принадлежности женщины сразу же удаляются из палаты, кровать и тумбочка дезинфицируются и остаются свободными вплоть до выписки оставшихся женщин. После выписки всех родильниц в палате проводится уборка по типу заключительной дезинфекции: постельные принадлежности подвергают камерному обеззараживанию, инвентарь протирают ветошью, смоченной дезсредствами, или орошают, после чего не менее чем на 60 минут включают бактерицидную лампу.

18. Сестринские посты в родильных домах с централизованным размещением новорожденных полностью изолируются друг от друга.

19. Каждый медицинский пост имеет разгрузочную палату для детей, матери которых задерживаются на 1-3 дня после выписки основного числа детей и родильниц.

20. На каждом посту устанавливают медицинские весы для взвешивания новорожденных, пеленальные столы с обогревом, шкафы для белья, стол для медикаментов, необходимые для ухода за ребенком. При отсутствии централизованной подачи теплой воды для подмывания детей устанавливают педальные умывальники с теплой водой. Палаты оснащают бактерицидными лампами.

21. Температура в палатах новорожденных должна поддерживаться в пределах 22-24 градусов Цельсия, влажность воздуха – 60 % .

22. В детские кровати вкладывают матрацы с наглухо зашитыми клеенчатыми чехлами, которые во время кормления детей ежедневно

протирают ветошью, смоченной дезинфектантом. При использовании гамачков их меняют не реже одного раза в сутки.

23. За каждым постом физиологического отделения закрепляют каталки для доставки новорожденных в материнские палаты.

24. В течение всего периода пребывания детей в родильном отделении при уходе за ними используется только стерильное белье из расчета не менее 48 пеленок и 10 распашонок на одного ребенка в сутки для 5-7-кратной смены; 1 матраца, 2 одеял и 3 конвертов - на все время пребывания новорожденного в стационаре.

25. Для ухода за пуповинным остатком, пупочной ранкой, кожными покровами и слизистыми оболочками ребенка используют только стерильные ватные или ватно-марлевые тампоны, шовно-перевязочный материал, инструменты. Неиспользованный из укладок стерильный материал подлежит повторной стерилизации.

26. Медикаменты для ухода за новорожденными (мази, масла, водные растворы и др.) должны быть стерильными. Их готовят в разовой упаковке, или фасуют из расчета суточной потребности на одного ребенка. В последнем случае материал из флакона каждый раз отбирается отдельным стерильным шпателем или отдельной стерильной салфеткой.

27. В процессе пеленания должны строго соблюдаться правила асептики с целью максимально возможного предотвращения обсеменности микроорганизмами кожных покровов, слизистых оболочек ребенка. Для этих целей в палатах целесообразно устанавливать дополнительный ("нестерильный") пеленальный стол, на котором выполняется только распеленание ребенка.

28. Перед началом пеленания медицинская сестра надевает водонепроницаемый фартук, обеззараживает его ветошью, смоченной дезинфектантом.

29. Поверхности пеленальных столов протираются ветошью (отдельной для "нестерильного" и "стерильного" столов), смоченной в растворе дезинфектанта. На "стерильный" пеленальный стол расстилается необходимое количество пеленок.

30. Новорожденного распеленоывают на "нестерильном" столе (или в кровати), освобождая его от наружных пеленок. Пеленка, прилегающая к телу, разворачивается, но не снимается (касаться тела ребенка нельзя, так как руки медицинского персонала обсеменены микроорганизмами от наружных пеленок).

31. Медицинская сестра дезинфицирует руки, после чего берет ребенка и кладет на стерильные пеленки. Внутренняя пеленка, в которой находился новорожденный, остается на "нестерильном" столе (в кровати), и к ней обеззараженными руками не прикасаются. Подмывание ребенка проводится над раковиной под проточной водой так, чтобы части

тела не соприкасались с поверхностью раковины. Подмытого ребенка вытирают стерильной пеленкой, после чего медицинская сестра повторно обеззараживает руки. Врачебный осмотр врач проводит, обработав руки и фонендоскоп перед контактом с кожными покровами каждого новорожденного дезинфектантом.

32. С "нестерильного" стола (из кровати) удаляют оставшиеся пеленки, дезинфицируют клеенчатый чехол матраса или меняют гамачок, и ребенка помещают на свое место.

33. С целью профилактики дерматитов у медицинского персонала от многократного использования антисептиков возможна работа в хирургических перчатках, обеззараживаемых перед контактом с кожными покровами каждого ребенка.

34. Во время пеленания медицинская сестра и врач-неонатолог ежедневно осматривают пупочную ранку. По усмотрению врача пупочная ранка ведется открытым способом или под пленкой пленкообразующего антисептика.

35.купают новорожденных строго по назначению врача. Для выполнения гигиенической ванны используют специальные эмалированные емкости или тазы, которые перед применением двукратно обрабатывают дезинфектантом, ополаскивают водой, моют с мылом, ополаскивают свежеприготовленным раствором перманганата калия 1:10000 и только после этого наливают теплую воду. После купания каждого ребенка ванночку (таз) дезинфицируют и ополаскивают проточной водой.

36. При совместном пребывании матери и ребенка первый туалет новорожденного и уход за ним в первые сутки осуществляет медицинская сестра, которая обучает мать соблюдению правил личной гигиены, использованию стерильного материала и дезинфицирующих средств, последовательности обработки кожи и слизистых оболочек новорожденного. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки осуществляет врач-неонатолог, а при отпадении пуповины обработку пупочного кольца проводит медицинская сестра.

37. И использованные пеленки собирают в клеенчатые или полиэтиленовые мешки, которые после окончания пеленания всех детей удаляют из отделения.

38. Куветы дезинфицируют после пребывания в них детей, а при длительном нахождении ребенка в них дезинфекцию проводят каждые 3 суток. Перед дезинфекцией кувета его необходимо отключить от электросети, опорожнить водяной бочок увлажнителя, поменять марлевые фильтры, через которые в кувету всасывается воздух. Дезинфекцию кувета проводят за пределами детской палаты в специальном и хорошо проветриваемом помещении в соответствии с прилагаемой инструкцией по эксплуатации кувета данной конструкции.



39. Баллончики, катетеры, газоотводные трубки, медицинский инструментарий после использования погружают в отдельные емкости с раствором дезинфектанта, после чего подвергают предстерилизационной очистке и стерилизации.

40. В палате не реже 3 раз в сутки проводят влажную уборку: два раза с применением моющего средства из расчета 50 г на 10 л воды, один раз - с использованием дезинфектантов. После уборки на 30 минут включают бактерицидные лампы, проветривают палату. На время уборки из палат матери и новорожденные выводятся.

41. После выписки детей постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции. В палате (боксе) проводят заключительную дезинфекцию, включают на 2 часа бактерицидные лампы, проветривают помещение.

42. Для физиологического и обсервационного отделений предусмотрены отдельные выписные комнаты, которые должны быть вне отделения новорожденных. При одной выписной комнате устанавливают 2 пеленальных стола. На одном из них вначале проводят выписку детей из физиологического отделения, а затем на другом - из обсервационного отделения. После выписки всех детей в выписной комнате проводят заключительную дезинфекцию.

43. В физиологическом отделении акушерского стационара предусматривается молочная комната, в которой работает специально обученная медицинская сестра.

44. Молочная комната должна быть оборудована электрической или газовой плитой, двумя столами для чистой и использованной посуды, двумя холодильниками, емкостью для пастеризации молока, воздушным стерилизатором, шкафом для хранения обработанной посуды.

45. Медицинская сестра выдает матерям перед каждым кормлением стерильную посуду и собирает ее со сцеженным молоком.

46. Собранное грудное молоко разливают через стерильную воронку в стерильные молочные бутылочки по 30-50 мл для индивидуального использования, закрывают стерильными ватными или марлевыми тампонами и пастеризуют в водяной бане (5-7 минут от начала закипания воды). Вода должна быть налита не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком или адаптированной молочной смесью после пастеризации охлаждают до комнатной температуры и при необходимости хранят в холодильнике (+4 градуса) не более 12 часов. Перед кормлением молоко подогревают на водяной бане.

47. Пастеризованное молоко, адаптированные молочные смеси, питьевые растворы используются для новорожденных только по назначению врача.

48. Медицинская сестра молочной комнаты дважды моет руки теплой водой с мылом, вытирает их стерильной салфеткой, после чего

доставляет молоко в бутылочках в детские палаты физиологического и наблюдательного отделений.

49. Кормление нескольких детей из одной бутылочки (даже при смене сосок) категорически запрещается. Остатки молока в бутылочке после кормления ребенка уничтожаются.

50. При зондовом пролонгированном кормлении используется только пастеризованное молоко или адаптированные молочные смеси, объем которых в инфузионной системе или в шприцевых дозаторах не должен превышать по времени введения 3 часа.

51. Нативное молоко используется строго по назначению врача. Молоко сцеживается с соблюдением правил асептики в стерильную бутылочку через стерильную воронку непосредственно перед кормлением ребенка. Нативное молоко хранению не подлежит.

52. Молоко от родильниц наблюдательного отделения сбора не подлежит.

53. Бутылочки из-под молока, питьевых растворов собирают и возвращают в молочную комнату, моют горячей проточной водой с горчичным порошком или питьевой содой путем ершевания, хорошо споласкивают, после чего стерилизуют в воздушном стерилизаторе при 180-182 градусах в течение 60 минут с момента достижения указанной температуры. Посуда из наблюдательного отделения предварительно замачивается на 15 минут в 2-процентном растворе питьевой соды, кипятится в специально выделенной кастрюле не менее 15 минут непосредственно в отделении, после чего передается в молочную комнату.

54. Использованные соски моют под проточной горячей водой и кипятят в течение 30 минут в специально выделенной эмалированной кастрюле, после чего, не снимая крышки, сливают воду и соски хранят до использования в этой же емкости.

55. Не допускается использование бутылочек для кормления новорожденных в качестве емкостей для хранения медицинских препаратов, дезинфицирующих средств и т.д.

56. В целях профилактики лактостаза у родильницы необходимо частое прикладывание ребенка к груди. При возникновении лактостаза сцеживание молока проводит акушерка или медицинская сестра с соблюдением правил асептики.

#### **7.10. Показания к госпитализации в наблюдательное акушерское отделение**

- ⚐ острые респираторные заболевания (грипп, ангина и др.);
- ⚐ обострение экстрагенитальных воспалительных заболеваний;
- ⚐ лихорадочные состояния у беременных (температура тела выше 37,6 градусов) при отсутствии клинически выраженных других симптомов;

- ⌘ длительный безводный период (излитие околоплодных вод за 12 и более часов до поступления в стационар);
- ⌘ внутриутробная гибель плода;
- ⌘ грибковые заболевания волос и кожи, кожные заболевания другой этиологии;
- ⌘ гнойно-воспалительные поражения кожи, подкожно-жировой клетчатки;
- ⌘ острый и подострый тромбофлебит;
- ⌘ острый пиелонефрит, другие инфекционные заболевания мочевыделительной системы в стадии обострения;
- ⌘ инфекции родовых путей (кольпит, бартолинит и др.);
- ⌘ инфекции с риском внутриутробного заражения плода (токсоплазмоз, листериоз, цитомегалия, краснуха, герпес, сифилис, гонорея, ВИЧ-инфекция и др.) подтвержденные клинически или лабораторно;
- ⌘ туберкулез любой локализации;
- ⌘ диарея;
- ⌘ ранний послеродовый период (24 часа) в случае родов вне акушерского стационара;
- ⌘ остеомиелит;
- ⌘ отсутствие медицинской документации (обменная карта) или неполное обследование беременной в условиях женской консультации.

### **7.11. Показания для перевода в наблюдательное отделение**

В наблюдательное отделение из других отделений переводятся беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

- ⌘ повышение температуры тела в родах до 38 градусов и выше (при трехкратном измерении через каждый час);
- ⌘ лихорадку более одних суток (температура тела до 37,5 градусов) неясного генеза;
- ⌘ послеродовые воспалительные заболевания (эндометрит, мастит, раневая инфекция и др.);
- ⌘ проявления экстрагенитальных воспалительных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (ОРВИ, ангина, герпес и др.).

### **7.12. Показания для госпитализации или перевода новорожденных в наблюдательное отделение**

В наблюдательное отделение поступают и находятся новорожденные:

- ⌘ родившиеся в этом отделении;
- ⌘ матери которых переведены в наблюдательное отделение;
- ⌘ родившиеся вне акушерского стационара;
- ⌘ с проявлениями врожденной инфекции;

≡ дети от которых отказались родители, подлежащие усыновлению или переводу в лечебные стационары и дома ребенка;

В наблюдационное отделение новорожденный переводится вместе с матерью.

Роженицы, страдающие инфекционными заболеваниями в стадии острых клинических проявлений (дизентерия, сальмонеллез, брюшной тиф, менингококковая инфекция, сифилис, ВИЧ-инфекция и др.), подлежат госпитализации в инфекционную больницу, где разворачивается родильный зал, операционная, боксированные палаты для родильниц и новорожденных. Родоразрешение, а также наблюдение за родильницей и новорожденным в послеродовом периоде обеспечивается выездной бригадой акушер-гинекологов и неонатологов.

### **7.13. Санитарно-гигиенический режим в наблюдационном акушерском отделении**

Оснащение и организация работы наблюдационного отделения должны соответствовать основным принципам физиологического отделения. Палаты для беременных и родильниц в наблюдационном отделении, по возможности, должны быть профилированы по нозологическим формам заболеваний. Недопустимо размещение беременных и родильниц в одной палате. При рождении детей с аномалиями развития, признаками внутриутробной инфекции, родов мертвым плодом, хроническими или острыми воспалительными заболеваниями роженицы, при безводном периоде более 12 часов послед направляют на морфологическое исследование. В крупных стационарах за наблюдационным отделением закрепляется отдельный медицинский персонал.

Уборку палат отделения проводят не реже 3 раз в сутки, при этом утром с использованием 0,5-процентного моющего раствора, а после третьего и пятого кормления новорожденных - с применением дезинфицирующих средств. После каждой уборки проводится облучение воздуха бактерицидными лампами в течение 60 минут и проветривание палат.

После выписки всех пациенток из палаты проводят уборку по типу заключительной дезинфекции.

Использованный медицинский инструментарий дезинфицируется, с последующей предстерилизационной очисткой и стерилизацией.

При входе и выходе из наблюдационного отделения медицинский персонал других отделений обязан поменять спецодежду.

### **7.14. Показания для родоразрешения в акушерском стационаре II уровня**

- Гестозы I - II степени тяжести;
- Преэклампсия в анамнезе;
- Маточное кровотечение во время предыдущих родов;

- Многоплодие;
- Маловодие;
- Неправильное положение плода, крупный плод;
- Анатомически узкий таз при планировании родов через естественные родовые пути;
- Предлежание плаценты без признаков кровотечения;
- В анамнезе антенатальная, интранатальная, неонатальная гибель плода;
- Хроническая внутриутробная гипоксия плода;
- Перенашивание беременности;
- Юные и возрастные первородящие;
- Многоводие;
- Антенатальная гибель плода;
- Повторные операции кесарева сечения.

#### **7.15. Показания для родоразрешения в акушерских стационарах III уровня**

- Заболевания щитовидной железы с нарушением функции;
- Тиреотоксикоз;
- Сахарный диабет;
- Сердечно сосудистые заболевания с нарушением кровообращения (или при угрозе развития декомпенсации в родах);
- Легочно-сердечная недостаточность;
- Синдром задержки внутриутробного развития (ЗВУР) плода II–III степени;
- Досрочное родоразрешение по поводу угрожающего состояния плода;
- Планируемые роды через естественные родовые пути после перенесенной операции кесарева сечения;
- Тяжелые формы гестоза;
- Заболевания крови, почек, печени и других органов с выраженным нарушением их функции;
- Острая жировая дистрофия печени;
- Иммуноконфликтная беременность (изосенсибилизация по Rh-фактору, АВО-системе, HLA-системе и др.);
- Травмы мягких родовых путей матери в детстве или накануне беременности;
- Длительный безводный период.

#### **7.16. Показатели деятельности акушерского стационара**

Расчет и анализ качественных показателей деятельности родильных домов осуществляется на основе МКР

### **Показатели результативности**

#### **1. Обезболивание родов.**

1.1. Частота психопрофилактической подготовки беременных к родам

$$\frac{\text{Число женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку к родам} \times 100}{\text{Число проведенных родов}}$$

1.2. Частота медикаментозного обезболивания при родах

$$\frac{\text{Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах} \times 100}{\text{Число проведенных родов}}$$

**2. Частота осложнений во время родов или возникновение послеродовых заболеваний у женщин**

$$\frac{\text{Число осложнений (заболеваний)} \times 100}{\text{Число проведенных родов}}$$

#### **3. Патологические роды**

3.1. Частота предлежания плаценты (неправильное положение плода)

$$\frac{\text{Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода)} \times 100}{\text{Число проведенных родов}}$$

#### **4. Показатель преждевременных родов**

$$\frac{\text{Число преждевременных родов} \times 100}{\text{Число проведенных родов}}$$

#### **5. Процент рождения недоношенных детей**

$$\frac{\text{Число родившихся живыми недоношенных детей} \times 100}{\text{Число проведенных родов}}$$

Число детей родившихся живыми

**6. Заболеваемость новорожденных в возрасте 0-6 суток среди доношенных, (недоношенных)**

$$\frac{\text{Число случаев заболеваний среди доношенных (недоношенных) новорожденных в возрасте 0-6 суток} \times 1000}{\text{Число доношенных (недоношенных) детей родившихся живыми}}$$

**7. Выявляемость пороков развития плода**

$$\frac{\text{Число случаев выявления пороков развития плода} \times 1000}{\text{Число обследованных беременных}}$$

**8. Показатель мертворожденности**

$$\frac{\text{Число мертворожденных детей} \times 100}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми за год}}$$

**Показатели дефектов**

**1. Послеродовая заболеваемость**

**1.1. Частота осложнений в послеоперационном периоде**

$$\frac{\text{Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение} \times 100}{\text{Число операций кесарево сечение}}$$

**1.2. Частота гнойно-септических осложнений у родильниц**

$$\frac{\text{Число родильниц, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическим осложнением} \times 100}{\text{Число женщин, родивших в отчетном году}}$$

**2. Показатель младенческой смертности**

$$\frac{\text{Число детей, умерших на 1-ом году жизни} \times 1000}{\text{Число детей, родившихся живыми за год}}$$

### 2.1. Показатель младенческой смертности

$$\frac{\text{Число детей, умерших на 1-ом году жизни} \times 1000}{2/3 \text{ родившихся живыми в расчетном году} + 1/3 \text{ детей, родившихся живыми в базисном году}}$$

### 2.2. Показатель младенческой смертности

$$\frac{\text{Число детей, умерших на 1-ом году жизни} \times 1000}{4/5 \text{ родившихся живыми в расчетном году} + 1/5 \text{ детей, родившихся живыми в базисном году}}$$

## 3. Перинатальная смертность

$$\frac{\text{Число мертворожденных детей} + \text{Число умерших новорожденных в возрасте 0-6 суток} \times 1000}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми за год}}$$

С 1963 года в стране в статистику здоровья населения и практику здравоохранения введен термин перинатальный период.

Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определила перинатальный период, который начинается с 22-й полной недели (154-го дня) внутриутробной жизни плода (в это время в норме масса тела составляет 500 г) и заканчивается спустя 7 полных дней (168 часов) после рождения.

Перинатальный период включает в себя:

- антенатальный (с 22-й недели беременности до родов);
- интранатальный (период родов);
- постнатальный или ранний неонатальный (первые 168 часов жизни).

Антенатальная смертность и интранатальная в сумме дают мертворожденность.

## 4. Неонатальная смертность

$$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0-27 суток} \times 1000}{\text{Число детей, родившихся живыми за год}}$$

## 5. Ранняя неонатальная смертность

$$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0-6 суток} \times 1000}{\text{Число детей, родившихся живыми за год}}$$



## **6. Поздняя неонатальная смертность**

$$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 7–27 суток} \times 1000}{\text{Число детей, родившихся живыми за год} - \text{Число детей, умерших в возрасте 0–6 суток}}$$

## **7. Постнеонатальная смертность**

$$\frac{\text{Число детей, умерших в возрасте от 28 суток до года} \times 1000}{\text{Число детей, родившихся живыми за год} - \text{Число детей, умерших в возрасте 0–27 суток}}$$

## **8. Расчет показателя материнской смертности**

$$\frac{\text{Число умерших беременных, рожениц, родильниц в течение беременности, родов или 42 дней после родов} \times 100000}{\text{Число детей родившихся живыми}}$$

## **9. Расчет структуры причин материнской смертности**

$$\frac{\text{Число женщин, умерших от отдельной причины}}{\text{Общее число женщин, умерших от всех причин}}$$

Всемирной Организацией Здравоохранения материнская смертность определяется как обусловленная беременностью, независимо от продолжительности и локализации, смерть женщины, наступившая в период беременности или в течение 42 дней после ее окончания от какой-либо причины, связанной с беременностью, отягощенной ею или ее ведением, но не от несчастного случая или случайно возникшей причины.

### **Случаи материнской смерти подразделяют на две группы**

1. Смерть, непосредственно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате акушерских осложнений состояния беременности, родов, послеродового периода, а также в результате вмешательств, упущений, неправильного лечения или цепи событий, последовавших за любой из перечисленных причин.

2. Смерть, косвенно связанная с акушерскими причинами, т.е. смерть в результате существовавшей прежде болезни или болезни, возникшей в период беременности, вне связи с непосредственной акушерской причиной, но отягощенной физиологическим воздействием беременности.

Данный показатель позволяет оценить все потери беременных (от аборт, внематочной беременности, от акушерской патологии и ЭГП в течение всего периода гестации), рожениц, родильниц в течение 42 дней после окончания беременности.

Показатель следует рассчитывать на уровне города, области, страны. Анализ материнской смертности (МС) должен проводиться на каждом уровне оказания медицинской помощи.

В соответствии с МКБ-10 показатель МС должен рассчитываться на 1000 детей, родившихся живыми. Однако ВОЗ, учитывая небольшое число умерших в развитых странах и соответственно незначительную величину показателя при расчете на 1000 живорожденных, в статистических показателях приводит расчеты на 100 000 живорожденных.

Показатели структуры причин МС определяют роль и значение каждого заболевания в общей совокупности причин, т.е. позволяют установить место той или иной причины смерти среди всех умерших женщин.

Наряду с определением структуры МС очень важно рассчитывать интенсивный показатель смертности от отдельных причин.

## **8. Организация лечебно-профилактической помощи детям и подросткам**

В Республике Беларусь проживают 1 819 095 детей в возрасте от 0 до 17 лет, что составляет 18,8 % от общей численности населения (9 689 770). Обеспечение приоритета их интересов является одним из условий устойчивого развития будущего Беларуси. Значительный вклад в решение многих острых проблем детства и молодежи внесли президентские программы «Дети Беларуси» и «Молодежь Беларуси». Медицинское обслуживание детей и подростков обеспечивается широкой сетью ЛПО, к которым относятся: РНПЦ «Мать и дитя», детские областные и городские больницы, детские отделения стационаров ЦРБ и поликлиник общего профиля, специализированные детские стационары (инфекционные, психиатрические и др.), детские городские и районные поликлиники и консультации, дневные стационары, консультативно-диагностические центры, стоматологические поликлиники, дома ребенка, родильные дома, санатории, специализированные санаторные лагеря и др.

Основной задачей педиатрической и подростковой службы является забота об охране здоровья детей, которая начинается до рождения ребенка и продолжается на протяжении всего периода детства. Медицинское обслуживание детей имеет профилактическую направленность и осуществляется в ЛПО на основе преемственности.

### **8.1. Организация лечебно-профилактической помощи новорожденным**

Оказание лечебно-профилактической помощи новорожденному начинается в родильном зале роддома. Ведение родов осуществляет врач акушер-гинеколог совместно с врачом неонатологом и реаниматологом. После рождения ребенка врачи акушер-гинеколог и неонатолог:

- оценивают состояние новорожденного;
- проводят освобождение верхних дыхательных путей;
- осуществляют оценку по шкале Апгар;
- обеспечивают поддержание температуры тела;
- осуществляют обследование на ФКУ и гипотиреоз.

Новорожденные находятся под постоянным наблюдением медперсонала, им проводятся клиничко-диагностическое, УЗИ обследование, оценивается ЧСС, ЧД, АД, температура тела, измеряется длина тела, окружность головы, груди, масса тела, оценивается способность к адаптации в условиях внешней среды.

После проведенного обследования новорожденных условно распределяют в следующие группы:

- ⌘ здоровые дети;
- ⌘ дети группы «риска», имеющие незначительные отклонения в состоянии здоровья;
- ⌘ больные дети.

#### **Выделяют следующие группы «риска».**

1. По развитию ДВС, к ней относятся:
  - ⌘ гипоксия новорожденного в интранатальном периоде, вследствие отслойки плаценты или родов в тазовом предлежании;
  - ⌘ новорожденные с синдромом дыхательных расстройств;
  - ⌘ недоношенные.
2. По развитию неврологических нарушений, к ней относятся:
  - ⌘ новорожденные, родившиеся на фоне острой и хронической внутриматочной гипоксии;
  - ⌘ недоношенные дети.
3. По инфицированию – по наличию следующих факторов:
  - ⌘ острые или хронические заболевания в стадии обострения у матери, в течение второй половины беременности;
  - ⌘ затяжные роды при длительном безводном периоде;
  - ⌘ инфекции (эндометрит, кольпит и др.) во время и после родов у матери.
4. По возникновению трофических нарушений у новорожденного:
  - ⌘ недоношенные;
  - ⌘ незрелые дети.

5. По возникновению анемии:
  - ⌘ родоразрешение путем проведения операции кесарево сечение;
  - ⌘ преждевременная отслойка плаценты в родах;
  - ⌘ гемолитическая болезнь новорожденных;
  - ⌘ многоплодная беременность;
  - ⌘ в анамнезе анемия у матери;
  - ⌘ гестозы первой и второй половины беременности и др.
6. По возникновению врожденных пороков развития:
  - ⌘ в анамнезе у родителей врожденные пороки развития.
7. Социального «риска»:
  - ⌘ семьи с неблагоприятными жилищно-бытовыми и материальными условиями;
  - ⌘ новорожденные из многодетных семей;
  - ⌘ неполные семьи;
  - ⌘ члены семьи, злоупотребляющие курением, алкоголем, наркотиками.

За всеми детьми из группы «**риска**» осуществляется динамическое наблюдение по индивидуальной схеме.

Из родильного зала здоровые новорожденные поступают в физиологическое отделение, новорожденные группы «риска» и больные дети, в зависимости от состояния здоровья переводятся в наблюдательное отделение, палату интенсивной терапии или на II этап выхаживания в детскую областную больницу.

Перевод и транспортировка новорожденных из одной ЛПО в другую производится в плановом или экстренном порядке выездной неонатальной реанимационной бригадой в специально выделенной и оборудованной санитарной машине, оснащенной кувезом, по согласованию с заведующим специализированного отделения ЛПО, в которую он переводится.

## **8.2. Организация работы детской поликлиники**

Ведущая роль в организации первичной лечебно-профилактической помощи детям принадлежит амбулаторно-поликлиническим организациям здравоохранения, среди которых центральное место занимают детские поликлиники.

Детская поликлиника (ДП) оказывает амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь детям до 18 лет.

ДП могут быть самостоятельными или входить в состав детской больницы, крупной городской поликлиники, ЦРБ.

### **Основные направления деятельности ДП**

– проведение комплекса лечебно-диагностических и профилактических мероприятий для предупреждения заболеваемости среди детей;

- обеспечение регулярного динамического наблюдения за здоровыми детьми и взятыми на диспансерный учет;
- оказание квалифицированной специализированной лечебно-профилактической помощи больным детям в поликлинике и на дому;
- организация лечебно-оздоровительной работы с детьми, имеющими отклонения в развитии и состоянии здоровья;
- организация лечебно-профилактической помощи в дошкольных учреждениях и школах;
- соблюдение санитарно-противоэпидемических мероприятий, повышение квалификации медицинского персонала.

### **Принципы и особенности работы детской поликлиники**

1. Организация и проведение профилактических мероприятий среди детского населения, которые включают:
  - ≡ наблюдение за новорожденными;
  - ≡ проведение профилактических осмотров и взятие детей на диспансерное наблюдение;
  - ≡ проведение в установленные сроки профилактических прививок;
  - ≡ формирование здорового образа жизни путем проведения лекций, бесед, конференций для родителей, занятий в «Школе матерей».
2. Оказание квалифицированной, специализированной лечебно-диагностической и профилактической помощи детям в поликлинике и на дому.
3. По показаниям направление детей на лечение в ЛПО стационарного типа для круглосуточного наблюдения за ними со стороны медицинского персонала.
4. Направление детей на этап реабилитации и восстановительного лечения в реабилитационные отделения и санатории.
5. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий (совместно с ЦГЭ и ОЗ) в поликлинике и на дому с целью предупреждения возникновения инфекционных заболеваний.
6. Организация и проведение лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий в детских организованных коллективах.

### **Структура детской поликлиники**

- ≡ Фильтр с отдельным входом и изоляторы с боксами;
- ≡ Регистратура, гардероб и другие вспомогательные помещения, холлы для ожидания;
- ≡ Кабинеты врачей-педиатров;

- ⌘ Кабинеты врачей-специалистов (окулиста, хирурга, невропатолога, оториноларинголога и др.);
- ⌘ Кабинет по профилактической работе с детьми (кабинет здорового ребенка);
- ⌘ Кабинет восстановительного лечения;
- ⌘ Лечебно-диагностические кабинеты (рентгенологический, физиотерапевтический, лечебной физкультуры и др.);
- ⌘ Кабинет функциональной диагностики;
- ⌘ Клинико-диагностическая лаборатория;
- ⌘ Прививочный кабинет;
- ⌘ Кабинеты административного персонала.

В основу работы детской поликлиники положен участково-территориальный принцип. Территория ДП разбита на участки. На педиатрическом участке рекомендуется иметь 800 детей. В городах функционируют ДП на 600 - 800 посещений в смену. Для удобства посещения врача в ДП работа планируется по скользящему графику.

Двухзвеньевая система медицинского обслуживания предполагает прием детей в поликлинике и посещение их на дому.

Амбулаторно-поликлиническая помощь детям оказывается участковым врачом-педиатром ДП.

Лечебная работа в ДП занимает наибольший удельный вес и составляет 55-60 % от всех посещений. Она осуществляется на дому и в поликлинике и находится в прямой зависимости от уровня заболеваемости детского населения. Для планомерного проведения профилактической работы с детьми раннего возраста и устранения контактов с детьми старших возрастов в ДП выделяется один день в неделю для приема детей первого года жизни.

### **Функциональные обязанности участкового врача-педиатра**

- ⌘ Осуществление преемственности в работе с женской консультацией в наблюдении за беременными женщинами;
- ⌘ Проведение патронажа новорожденных в первые 3 суток после выписки из родильного дома;
- ⌘ Осуществление по графику приема детей в поликлинике;
- ⌘ Динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей, взятых на диспансерный учет;
- ⌘ Контроль физического и нервно-психического развития детей;
- ⌘ Осуществление комплекса мероприятий по профилактике заболеваний и травматизма среди детей;
- ⌘ Обеспечение проведения своевременного и качественного лечебно-диагностического процесса с целью выявления ранних форм заболеваний;

- ⌘ Осуществление лечения больных детей в ДП и на дому;
- ⌘ Направление на консультацию и лечение детей к врачам узких специальностей;
- ⌘ Направление на госпитализацию детей, нуждающихся в круглосуточном наблюдении медицинского персонала;
- ⌘ Направление на оздоровление и проведение курса восстановительного лечения и реабилитации в отделениях реабилитации и санаториях;
- ⌘ Проведение профилактической и лечебной работы в детских организованных коллективах;
- ⌘ Организация и проведение санитарно-просветительной работы по формированию здорового образа жизни у детей и родителей;
- ⌘ Осуществление контроля за работой участковой медицинской сестры;
- ⌘ Проведение экспертизы трудоспособности, качественное оформление учетно-отчетной медицинской документации.

#### **Обязанности участковой медицинской сестры**

- ⌘ Проведение дородового патронажа беременных женщин;
- ⌘ Посещение совместно с врачом новорожденных в первые три дня после выписки из родильного дома;
- ⌘ Оказание медицинской помощи больным детям на дому и выполнение лечебных процедур по назначению врача;
- ⌘ Обеспечение контроля по выполнению родителями лечебных назначений врача;
- ⌘ Обеспечение систематического наблюдения за здоровыми и больными детьми;
- ⌘ Планирование профилактических прививок и приглашение детей, не посещающих детское дошкольное учреждение (ДДУ), на прививку в поликлинику;
- ⌘ Проведение работы по своевременной организации врачебных осмотров детей, состоящих на диспансерном учете;
- ⌘ Оказание помощи врачу при проведении медицинских осмотров детей;
- ⌘ Работа по формированию ЗОЖ (организация выставок, уголков здоровья, оформление санитарных бюллетеней, подготовка лекций, бесед);
- ⌘ Повышение квалификации на курсах усовершенствования среднего медперсонала.

### **8.3. Профилактическая работа детской поликлиники**

Комплекс профилактических мероприятий участкового врача-педиатра направлен на формирование гармоничного физического и

нервно-психического развития детей, широкого внедрения санитарно-гигиенических и профилактических норм в повседневную жизнь семьи.

Основой профилактической деятельности является диспансеризация – метод активного динамического наблюдения не только за больными, но и за здоровыми детьми медицинским персоналом детской поликлиники.

Профилактическая деятельность в ДП начинается с патронажа беременной врачом акушер-гинекологом ЖК совместно с участковым врачом-педиатром. В кабинете здорового ребенка ДП участковый врач-педиатр и медицинская сестра проводят занятия с будущей матерью по наблюдению и уходу за новорожденным ребенком.

В детскую поликлинику в городе или другую ЛПО на селе, где будет наблюдаться ребенок, сообщается о дате выписки новорожденного из родильного дома. Участковый врач-педиатр и медицинская сестра ДП посещают новорожденного в течение 3 дней после выписки из родильного дома, за исключением случаев рождения в семье первого ребенка, двойни, отсутствия у матери молока, тогда патронажное посещение осуществляется в первый день после выписки. В дальнейшем участковая медсестра посещает ребенка на дому через 1-2 дня в течение первой недели и еженедельно - в течение первого месяца жизни.

При первичном посещении врач особое внимание обращает на состояние кожных покровов ребенка, пупочной ранки и родничков, оценивает бытовые условия, социальное благополучие семьи, выполнение рекомендаций по уходу и вскармливанию, проводит изучение социального, генетического, биологического анамнеза, определяет группы здоровья, группы «риска», составляется план наблюдения.

Участковый врач-педиатр повторно посещает ребенка на дому на 14-й, 21-й день жизни, а затем мать и ребенок посещают детскую поликлинику, начиная с 4 недели жизни.

Особого наблюдения со стороны участкового врача-педиатра заслуживает **группа «риска»**:

- дети из двоен;
- недоношенные дети;
- дети, родившиеся с массой тела более 4-х кг;
- с родовой травмой;
- дети, родившиеся у матерей с патологией беременности, родов или перенесших инфекционное заболевание во время беременности;
- дети из социально-неблагополучных семей.

На первом году жизни участковый врач-педиатр наблюдает здорового ребенка с периодичностью 1 раз в месяц, оценивая физическое и нервно-психическое развитие, врач дает рекомендации матери по



вскармливанию, организации режима дня, закаливанию, физическому воспитанию, профилактике рахита и другим вопросам.

Участковая медицинская сестра посещает здорового ребенка первого года жизни на дому не реже одного раза в месяц.

В возрасте 3, 6, 9 и 12 месяцев (декретивные возраста) участковый врач-педиатр оформляет эпикриз, с учетом данных осмотра и состояния здоровья ребенка, физического и нервно-психического развития в динамике, антропометрических измерений и составляет план наблюдения и оздоровления ребенка на последующий период.

На 2-ом году жизни ребенок наблюдается врачом-педиатром с периодичностью 1 раз в квартал. Медицинская сестра посещает ребенка первых 2-х лет жизни на дому не реже 1 раза в квартал.

На 3-м году жизни ребенок осматривается участковым врачом-педиатром и патронажной сестрой 1 раз в 6 месяцев с профилактической целью. В данной возрастной группе при проведении осмотров детей уделяется внимание организации режима, проведению закаливающих мероприятий, физическому воспитанию, рациональному питанию, нервно-психическому и физическому развитию. Антропометрическое измерение ребенку проводится два раза в год. В конце 3-го года жизни (период раннего возраста) участковый врач-педиатр оформляет эпикриз с оценкой состояния здоровья ребенка, динамикой физического, нервно-психического развития, планом лечения и оздоровления на последующий период. За детьми в возрасте от 3 до 7 лет, не посещающими ДДУ, участковый врач-педиатр обеспечивает профилактическое наблюдение не реже 1 раза в год с заключительным осмотром перед поступлением в школу. В детской поликлинике организуется кабинет здорового ребенка.

### **Функции кабинета здорового ребенка**

- Оказание помощи участковым врачам-педиатрам в подготовке и проведении занятий в «Школе молодых матерей, отцов»;
- Проведение индивидуальных и коллективных бесед с родителями детей раннего возраста по вопросам охраны здоровья ребенка;
- Разработка памяток, санитарных бюллетеней, учебно-методической литературы по вопросам охраны здоровья матери и ребенка;
- Обучение родителей методике ухода за детьми разных возрастных групп (комплексам массажа, гимнастики, проведению закаливающих процедур, технологии приготовления детского питания, правилам введения докорма и прикорма, организации режима дня, профилактике рахита);

- Совместно с участковым педиатром и участковой медицинской сестрой проведение индивидуальной подготовки детей для поступления в детское дошкольное учреждение;
- Обучение участковых медицинских сестер методике массажа, гимнастики, закаливающих процедур для проведения профилактической работы с детьми;
- Осуществление преемственности в работе с ЦГЭ и ОЗ, для изучения и внедрения в практическую работу новых материалов по формированию ЗОЖ среди родителей и детей;
- ≡ Ведение необходимой медицинской документации установленного образца по учету и отчетности работы кабинета здорового ребенка.

Динамическое наблюдение за состоянием здоровья детей предполагает использование диспансерного метода. Профилактические осмотры являются важным звеном диспансеризации и проводятся для своевременного выявления отклонений в состоянии здоровья детей и организации, необходимых лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий.

### **Виды профилактических осмотров**

- ≡ Врач-педиатр осуществляет профилактический осмотр ребенка по месту жительства или в ДДУ;
- ≡ Углубленный профилактический осмотр осуществляется после проведения лабораторных и функционально-диагностических исследований;
- ≡ Комплексные профилактические осмотры состояния здоровья ребенка оценивает бригада врачей-специалистов.

Выделяют 3 группы детей, подлежащих профилактическим осмотрам в поликлинике:

- ≡ дети до 7-летнего возраста, не посещающие ДДУ;
- ≡ дети, посещающие ДДУ;
- ≡ школьники.

В ДП выделяются профилактические дни приема только здоровых детей первой группы. Детям, посещающим образовательные учреждения, проводятся обязательные углубленные обследования в соответствии с декретивными возрастными группами:

- ≡ перед поступлением в ДДУ;
- ≡ за год до поступления в школу;
- ≡ перед поступлением в школу;
- ≡ после окончания первого года обучения;
- ≡ перед переходом к предметному обучению;
- ≡ в пубертатном периоде (14-15 лет);
- ≡ перед окончанием школы 10-11-й класс (16-17 лет).

После окончания профилактических осмотров осуществляется комплексная оценка состояния здоровья детей. При выявлении заболеваний ребенок подлежит диспансерному наблюдению в ДП.

Критерии оценки результатов диспансеризации:

- ⌘ выздоровление;
- ⌘ улучшение;
- ⌘ состояние без перемен;
- ⌘ ухудшение.

В конце года на каждого диспансерного больного участковым врачом оформляется этапный эпикриз с отражением его состояния здоровья и эффективности проведения лечебно-профилактических мероприятий за год наблюдения. Данная работа детально изучается и анализируется и по ее результатам намечаются мероприятия направленные на повышение качества диспансеризации.

В детской поликлинике осуществляется прием здоровых детей, детей, страдающих хроническими, инфекционными заболеваниями без острых проявлений, реконвалесцентов после острых заболеваний.

Дети с острыми заболеваниями должны наблюдаться участковым врачом-педиатром на дому. Участковый врач активно (без вызова) посещает больных детей на дому до полного выздоровления или госпитализации. Участковая медицинская сестра выполняет назначения врача-педиатра по лечению больного ребенка на дому, контролирует выполнение родителями врачебных рекомендаций по лечению, питанию, режиму и уходу за больным ребенком. В особых случаях обследование ребенка осуществляется на дому.

Госпитализация детей в стационар осуществляется по клиническим показаниям. В направлении на госпитализацию указывается диагноз, длительность и характер течения заболевания, проведенное обследование и лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе, аллергоанамнез, перенесенные инфекционные заболевания, сведения об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными дома, в ДДУ или в школе.

При отказе родителей от госпитализации, карантине и других причин для больного ребенка организуется стационар на дому. Наблюдение за здоровьем ребенка после выписки из стационара осуществляет участковый врач-педиатр. При выявлении у ребенка хронической патологии его берут на диспансерный учет.

#### **8.4. Порядок выдачи и оформления листков нетрудоспособности в связи с уходом за больным членом семьи, уходом за ребенком в возрасте до 3 лет и ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком**

Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается, если отсутствие ухода угрожает здоровью больного или при наличии показаний для стационарного лечения его невозможно госпитализировать.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается с того дня, с которого возникает необходимость в дополнительном (индивидуальном) уходе за ним. Если лицу, занятому уходом за больным, не требуется освобождение от работы (выходные, праздничные дни, в период отпусков), листок нетрудоспособности выдается с того дня, когда такая необходимость возникает.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным в случае необходимости может выдаваться попеременно разным лицам, осуществляющим уход.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным вне места постоянного обслуживания больного либо вне места проживания лица, осуществляющего уход за больным, выдается организацией здравоохранения по месту нахождения больного с разрешения главного врача.

1. Листок нетрудоспособности по уходу за больным, достигшим четырнадцатилетнего возраста, выдается лечащим врачом только при амбулаторном его лечении родственнику либо иному лицу, осуществляющему уход за больным, на срок до 3 календарных дней. В исключительных случаях, по решению ВКК (главного врача организации здравоохранения) с учетом тяжести состояния больного листок нетрудоспособности может быть продлен до 7 календарных дней. При выдаче листка нетрудоспособности в строке «Вид нетрудоспособности» указывается «Уход за больным», в строке «Особые отметки» - фамилия, имя, отчество и возраст больного.

2. Листок нетрудоспособности по уходу за больным, достигшим четырнадцатилетнего возраста, не выдается:

2.1. при стационарном лечении (кроме случаев ухода за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет);

2.2. для ухода за хроническим больным и инвалидом (кроме случаев возникновения у них острого заболевания или обострения хронического заболевания, ухода за ребенком при санаторно-курортном лечении в случаях, указанных в «Инструкции о порядке выдачи листков нетрудоспособности и справок о временной нетрудоспособности»).

3. Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет при амбулаторном лечении выдается матери, отцу либо другому лицу, осуществляющему уход за ребенком, если мать или

отец, другое лицо не могут (может) осуществлять уход без освобождения от работы, на период, в течение которого ребенок нуждается в уходе, но не более чем на 14 календарных дней по одному случаю заболевания.

Листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом ребенка на срок до 6 календарных дней единовременно или по частям. Продление листка нетрудоспособности на срок от 7 до 14 календарных дней проводится лечащим врачом совместно с заведующим отделением или иным лицом, которому предоставлено это право. Если ребенок нуждается в уходе по истечении четырнадцатидневного срока, ВКК организации здравоохранения выдает справку, которая продлевается в соответствии с Инструкцией.

При лечении ребенка в дневном стационаре амбулаторно-поликлинического учреждения листок нетрудоспособности выдается и продлевается, как при амбулаторном лечении.

При выдаче листка нетрудоспособности в строке «Вид нетрудоспособности» указывается «Уход за больным ребенком», в строке «Особые отметки» - имя и дата рождения ребенка.

4. Если в период освобождения матери от работы на основании справки, выданной для ухода за больным ребенком, у него возникло заболевание, не связанное с предыдущим, справка закрывается и выдается новый листок нетрудоспособности как первичный.

При закрытии листка нетрудоспособности до истечения четырнадцатидневного срока и возникновении у ребенка после этого осложнения или продолжения того же заболевания выдается листок нетрудоспособности на оставшиеся дни как продолжение ранее выданного. Если указанный срок исчерпан, то выдается справка.

5. При одновременном заболевании в семье двух и более детей по уходу за ними выдается один листок нетрудоспособности. При разновременном заболевании двух и более детей после закрытия листка нетрудоспособности по уходу за первым заболевшим ребенком, листок нетрудоспособности по уходу за остальными детьми выдается с зачетом дней освобождения от работы, совпавших с уходом за первым ребенком.

В случае, когда по уходу за первым ребенком выдана справка, а заболел второй ребенок – справка закрывается и выдается новый листок нетрудоспособности по уходу за вторым ребенком как первичный.

6. Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком в возрасте до 14 лет (ребенком-инвалидом - до 18 лет) при стационарном лечении выдается лечащим врачом совместно с заведующим отделением на весь период, в течение которого ребенок нуждался в дополнительном уходе. Листок нетрудоспособности выдается в день окончания вышеуказанного периода. При его выдаче, в строке «Вид нетрудоспособности» указы-

вается «Уход за больным ребенком (ребенком-инвалидом)», в строке «Особые отметки» - имя и дата рождения ребенка (ребенка-инвалида), в строке «Режим» - «Стационарный».

Если ребенок в возрасте до 14 лет нуждается в уходе и после выписки из стационара, листок нетрудоспособности по уходу за ним выдается при амбулаторном лечении на срок не более чем на 14 календарных дней, если освобождение от работы для ухода за ним по поводу данного заболевания до госпитализации не проводилось. Если до госпитализации ребенка в стационар листок нетрудоспособности по уходу за ним выдавался на срок менее чем на 14 календарных дней, после выписки из стационара выдается листок нетрудоспособности на оставшиеся дни как продолжение ранее выданного, а если четырнадцатидневный срок исчерпан, то – справка.

7. Если лицо, находящееся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет, одновременно работает на условиях неполного рабочего времени (не более половины месячной нормы) или на дому, листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком выдается только этому лицу.

8. Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет не выдается:

8.1. для ухода за ребенком с хроническим заболеванием или ребенком-инвалидом (кроме случаев обострения, оперативного лечения или возникновения острого заболевания и при карантине (контакт взрослого с больным ребенком));

8.2. для ухода за больным ребенком в период, не требующий освобождения матери от работы (трудовой или социальный отпуск, выходные и праздничные дни и другое);

8.3. для ухода за ребенком при наложении на дошкольное учреждение образования или данного ребенка карантина.

9. Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ним (далее – в случае болезни матери), выдается при амбулаторном или стационарном ее лечении лечащим врачом матери на время, в течение которого мать не может ухаживать за ребенком, в пределах установленных временной утраты трудоспособности до ее восстановления или установления инвалидности (другое лицо, фактически осуществляющее уход за ребенком в возрасте до 3 лет, – лицо, находящееся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет; лицо, фактически осуществляющее уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, – не работающее и не получающее пенсии по возрасту лицо, которое получает пособие по уходу за ребенком-инвалидом). При установлении матери, находящейся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет, либо лицу, фактически

осуществляющему уход за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет, группы инвалидности и невозможности ими осуществлять уход листок нетрудоспособности по уходу за ребенком (ребенком-инвалидом) закрывается.

Листок нетрудоспособности выдается по указанию матери лицу, которое непосредственно осуществляет уход за ребенком в период ее болезни. В листке нетрудоспособности в строке «Вид нетрудоспособности» указывается: «Уход за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом) в связи с болезнью матери», в строке «Особые отметки» - фамилия, имя и отчество матери, дата рождения ребенка и его имя. При выдаче листка нетрудоспособности все необходимые реквизиты заполняются со слов матери, но в соответствии с Инструкцией.

В случае невозможности осуществлять уход за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в связи с болезнью или родами матери в период нахождения ее в отпуске по беременности и родам, листок нетрудоспособности выдается и оформляется в порядке, установленном Инструкцией. В таком же порядке выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом - до 18 лет), если мать здорова, но находится в стационаре в связи с необходимостью ухода за другим больным ребенком.

10. Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет (ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет) в случае болезни матери не выдается, если ребенок продолжает посещать дошкольное учреждение образования.

11. В случае смерти матери в родах (в послеродовом периоде) листок нетрудоспособности выдает ВКК организации здравоохранения, в которой наблюдается ребенок его отцу или другому лицу, фактически осуществляющему уход за ним.

Если смерть матери наступила в роддоме (родильном отделении) до выписки ее ребенка из стационара, листок нетрудоспособности по уходу за ним выдается со дня его выписки из стационара и на период не более чем на 70 календарных дней со дня рождения ребенка.

Если смерть матери наступила в послеродовом периоде (после выписки матери из роддома (родильного отделения)) листок нетрудоспособности по уходу за ним выдается со дня ее смерти и на период не более чем на 70 календарных дней со дня рождения ребенка.

Листок нетрудоспособности выдается единовременно на весь период ухода по месту жительства ребенка, на основании выписки из организации здравоохранения, в которой произошли роды и (или) смерть матери. При оформлении листка нетрудоспособности в строке «Вид нетрудоспособности» указывается «По уходу за ребенком в случае смерти

матери в родах (в послеродовом периоде)», в строке «Особые отметки» - пол и дата рождения ребенка.

В случае необходимости листок нетрудоспособности может выдаваться разным лицам попеременно, но суммарно не более чем на 70 календарных дней со дня рождения ребенка.

12. Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком на время санаторно-курортного лечения и проезда к месту лечения и обратно выдается, если ребенок по заключению ВКК организации здравоохранения нуждается в индивидуальном уходе в этот период, в следующих случаях:

12.1. при направлении на санаторно-курортное лечение ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет - одному из работающих родителей, опеку-ну (попечителю). Если одно из перечисленных лиц, в связи с уходом за ребенком-инвалидом не работает, листок нетрудоспособности другим работающим лицам для ухода за этим ребенком-инвалидом в санатории не выдается, за исключением случаев, оговоренных в пункте 9 настоящей Инструкции;

12.2. при направлении на санаторно-курортное лечение больного ребенка в возрасте до 16 лет - одному из родителей либо лицу, фактически осуществляющему уход за ребенком в санатории, если это лицо проживает (работает) на территории радиоактивного загрязнения.

Листок нетрудоспособности выдается и оформляется ВКК организации здравоохранения по месту жительства ребенка в порядке, установленном Инструкцией. При этом в строке «Вид нетрудоспособности» указывается «Уход за ребенком (ребенком-инвалидом) в санатории».

В указанных в настоящем пункте случаях листок нетрудоспособности выдается не более одного раза в календарном году.

12. Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком в возрасте до 14 лет в случае лечения за пределами Республики Беларусь выдается, если имеется заключение Минздрава о необходимости его лечения за границей, до отъезда на весь период лечения, включая время проезда туда и обратно.

Листок нетрудоспособности выдается ВКК организации здравоохранения по месту жительства ребенка. В строке листка нетрудоспособности «Вид нетрудоспособности» указывается «Уход за больным ребенком», в строке «Режим» - «Амбулаторный», в строке «Особые отметки» - «Уход за больным ребенком за границей, имя и дата рождения ребенка», в разделе «Освобождение от работы» проставляется только начальная дата освобождения от работы.

Окончательное оформление и закрытие листка нетрудоспособности производится ВКК по возвращении ребенка домой на основании выписки из истории болезни, других документов, переведенных на бе-



лорусский (русский) язык, подтверждающих факт проведенного лечения.

### **8.5. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в ДП**

Санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в ДП включают:

- ⌘ раннее выявление и диагностика у детей инфекционных заболеваний;

- ⌘ своевременная госпитализация детей с проявлениями инфекционных заболеваний в больницу;

- ⌘ наблюдение за очагом инфекционного заболевания, контактными лицами, реконвалесцентами и бациллоносителями;

- ⌘ сообщение об инфекционных заболеваниях по телефону в региональный ЦГЭ и ОЗ не позднее 12 часов с момента обнаружения больного;

- ⌘ оформление и направление «Экстренного извещения об инфекционном заболевании, остром пищевом отравлении, необычной реакции на прививку» (ф. № 058/у) в ЦГЭ и ОЗ;

- ⌘ регистрация выявленных больных или подозреваемых на инфекционное заболевание в «Журнале регистрации инфекционных заболеваний» (ф. 060/у);

- ⌘ проведение противоэпидемических мероприятий;

- ⌘ организация профилактических прививок;

- ⌘ составление ежемесячного отчета «О движении инфекционных заболеваний по поликлинике».

При обращении в поликлинику ребенка с подозрением на инфекционное заболевание он предварительно осматривается в фильтре медицинской сестрой. В случае выявления или подозрения инфекционного заболевания ребенка направляют для осмотра к врачу, который находится в боксе. Помещение бокса непосредственно примыкает к фильтру и имеет отдельный вход.

Обязательной госпитализации в инфекционную больницу подлежат дети с инфекционным гепатитом, менингитом, полиомиелитом, дифтерией, а также дети с острыми кишечными заболеваниями.

Дети, перенесшие инфекционные заболевания, берутся на диспансерный учет с проведением контрольных обследований, а при необходимости им проводятся повторные курсы лечения, оздоровительные мероприятия. Вопрос о снятии ребенка с учета комиссионно решает участковый врач-педиатр и эпидемиолог.

Организация и проведение мероприятий по выявлению инфекционных заболеваний, обеспечение эпидемиологического благополучия осуществляется под руководством и контролем специалистов ЦГЭ и ОЗ.

Профилактические прививки детям проводятся в прививочных кабинетах ДП, в сельской местности - в кабинетах соответствующих ЛПО. Иммунизацию детей, посещающих ДДУ и школы, проводят в медицинских кабинетах этих учреждений.

#### **8.6. Организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15-17 лет**

Оказание амбулаторно-поликлинической помощи подросткам в возрасте 15-17 лет осуществляется детскими организациями здравоохранения (отделениями) по месту жительства, по месту временного проживания, а также по месту учебы (работы).

Детские организации здравоохранения (отделения), оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, собирают, обобщают и анализируют информацию о состоянии и проблемах соматического, психического, репродуктивного здоровья подростков на основе которой формируют задачи по охране здоровья подростков.

В штаты детских организаций здравоохранения (отделений), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, вводятся должности врачей-терапевтов подростковых и создаются подростковые кабинеты. Врач-терапевт подростковый проводит лечение и медицинскую профилактику заболеваний среди подростков, оказывает методическую помощь другим врачам-специалистам. Должностные обязанности врача-терапевта подросткового определяются руководителем организации здравоохранения.

Основным медицинским документом подростка является «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма 025/у), которая оформляется в 15 лет. В форму 025/у, из истории развития ребенка (форма 112/у) вносятся уточненные диагнозы, данные о профилактических прививках, реакции Манту, данные диспансерного наблюдения у врачей-специалистов, результаты обследования, выписки из стационаров, в которых ребенок находился на обследовании и лечении до 15 лет. В дальнейшем вносятся результаты медицинских осмотров, данные обследования, лечения и консультаций подростка. Вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного (форма 025-1/у) не заполняется.

Все подростки подлежат диспансерному наблюдению. Основным элементом диспансеризации подростков являются медицинские осмотры, которые проводятся один раз в год. Для планирования проведения медицинских осмотров составляются списки подростков, отдельно на

юношей и девушек, с указанием фамилии, имени, отчества, даты рождения, домашнего адреса, места учебы (работы). Учет подростков осуществляет участковая медицинская сестра детской организации здравоохранения (отделения).

Медицинские осмотры подростков проводятся организованно по месту учебы (работы) или индивидуально в течение года по месту жительства или по месту временного проживания. Графики медицинских осмотров утверждаются руководителем детской организации здравоохранения или организации здравоохранения, имеющей в структуре детское отделение. Графики организованных медицинских осмотров согласовываются с руководителями учреждений образования, в которых подростки обучаются, или с руководителями учреждений (предприятий), в которых подростки работают.

Медицинские осмотры проводятся в следующем объеме.

**Юноши в возрасте 15-17 лет:**

- ≡ осмотр врача-терапевта подросткового (врача-педиатра участкового, врача общей практики);
- ≡ врача-хирурга (с проведением андрологического осмотра);
- ≡ врача-невролога;
- ≡ врача-офтальмолога;
- ≡ врача-оториноларинголога;
- ≡ врача-стоматолога детского (врача-стоматолога-терапевта);
- ≡ других врачей-специалистов - по медицинским показаниям;
- ≡ антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность грудной клетки);
- ≡ анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов);
- ≡ общий анализ мочи;
- ≡ электрокардиограмма в 16 лет.

Медицинские осмотры юношей в возрасте 16 лет совмещаются с медицинским освидетельствованием при приписке к призывному участку.

**Девушки в возрасте 15 и 17 лет:**

- ≡ осмотр врача-терапевта подросткового (врача-педиатра участкового, врача общей практики);
- ≡ врача-хирурга;
- ≡ врача-невролога;
- ≡ врача-офтальмолога;
- ≡ врача-оториноларинголога;
- ≡ врача-стоматолога детского (врача-стоматолога-терапевта);
- ≡ врача-акушера-гинеколога;
- ≡ других врачей-специалистов - по медицинским показаниям;

- ⌘ антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность грудной клетки);
- ⌘ анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов);
- ⌘ общий анализ мочи.

**Девушки в возрасте 16 лет:**

- ⌘ осмотр врача-терапевта подросткового (врача-педиатра участкового, врача общей практики);
- ⌘ врача-стоматолога детского (врача-стоматолога-терапевта);
- ⌘ врача акушер-гинеколога;
- ⌘ других врачей-специалистов – по медицинским показаниям;
- ⌘ антропометрические измерения (рост, масса тела, окружность грудной клетки);
- ⌘ анализ крови (гемоглобин, лейкоциты, скорость оседания эритроцитов);
- ⌘ общий анализ мочи.

Рентгенофлюорографическое обследование органов грудной клетки подросткам проводится в соответствии с актами законодательства Республики Беларусь.

По результатам медицинских осмотров врачом-терапевтом подростковым (врачом-педиатром участковым) дается оценка состояния здоровья подростка, определяется группа здоровья и медицинская группа для занятий физической культурой. При необходимости подростки направляются на дополнительное обследование и консультации. Подростки, имеющие хронические заболевания, берутся на диспансерный учет у врачей-специалистов. Результаты медицинского осмотра вносятся в список подростков, подлежащих медицинскому осмотру. Подростку выдается справка о результатах медицинского осмотра, которая представляется им по месту учебы (работы).

По решению УЗО и комитета по здравоохранению Мингорисполкома стационарное лечение и консультации подростков могут проводиться в детских организациях здравоохранения или в организациях здравоохранения для взрослого населения в соответствии с материально-технической базой и оснащением медицинской техникой. Гинекологическая помощь девушкам оказывается в женских консультациях по месту жительства, по месту временного проживания или по месту учебы (работы).

Медицинская помощь юношам допризывного и призывного возраста оказывается в соответствии с законодательством Республики Беларусь. В детских организациях здравоохранения (отделениях) лечение и медицинскую профилактику заболеваний среди юношей допризывного и призывного возраста организует и осуществляет врач-терапевт

подростковый, который работает в тесном контакте с военным комиссариатом.

В детских организациях здравоохранения (отделениях), оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, проводится врачебная профессиональная консультация подростков, имеющих отклонения в состоянии здоровья. Им выдается медицинская справка (форма 086/у), для поступления на учебу в учреждения, обеспечивающие получение профессионально-технического, среднего специального и высшего образования. Подросткам, принимаемым на работу, проводятся предварительные медицинские осмотры.

По достижении подростком 18 лет в детской организации здравоохранения, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь, составляется переводной эпикриз (приложение 1) и подросток передается под наблюдение организации здравоохранения (отделения) для взрослого населения.

Для приема подростков из детской организации здравоохранения (отделения) создается комиссия, состав которой утверждается приказом главного врача организации здравоохранения для взрослого населения. В состав комиссии входят заместитель главного врача организации здравоохранения для взрослого населения (председатель комиссии), заместитель главного врача детской организации здравоохранения (заведующий педиатрическим отделением), заведующие терапевтическими отделениями, врач-хирург, врач-невролог, врач-оториноларинголог, врач-офтальмолог организации здравоохранения для взрослого населения.

Ежемесячно по графику, утвержденному приказом главного врача детской организации здравоохранения и согласованному с главным врачом организации здравоохранения для взрослого населения или приказом главного врача организации здравоохранения, имеющей в структуре детское отделение, представляется следующая медицинская документация на рассмотрение комиссии:

- ≡ переводной эпикриз на подростка в возрасте 18 лет;
- ≡ «Медицинская карта амбулаторного больного» (форма 025/у);
- ≡ лечебная карта призывника (форма 053/у) - на юношей призывного возраста, направленных на лечение (обследование) военными комиссариатами после приписки к призывному участку и не закончивших лечения (обследования).

Передача медицинской документации на подростков в организацию здравоохранения (отделение) для взрослого населения оформляется актом передачи (приложение 1). К акту передачи прилагается список подростков, которые принимаются и (или) не принимаются под наблюдение организации здравоохранения (отделения) для взрослого населения.

В списке должна быть указана следующая информация:

- ⌘ порядковый номер;
- ⌘ фамилия, имя, отчество;
- ⌘ число, месяц и год рождения;
- ⌘ домашний адрес;
- ⌘ место учебы (работы);
- ⌘ диагноз, поставленный в детской организации здравоохранения;
- ⌘ дата передачи медицинской документации;
- ⌘ замечания комиссии.

По достижении 18-летнего возраста или завершении обучения в образовательном учреждении дети, состоящие на учете в ДП, переводятся под наблюдение в территориальные поликлиники.

### **8.7. Показатели работы детской поликлиники**

Расчет и анализ качественных показателей деятельности детских поликлиник осуществляется на основе МКР.

#### **Показатели результативности**

##### **1. Характеристика детского населения в районе деятельности поликлиники**

###### **1.1. Средняя численность детей 0-17 лет, обслуживаемых детской поликлиникой**

$$\frac{\text{Число детей, состоящих на учете, на начало отчетного года} + \text{Число детей, состоящих на учете на конец отчетного года}}{2}$$

###### **1.2. Средняя численность детей в возрасте до года, обслуживаемых детской поликлиникой**

$$\frac{\text{Число детей в возрасте до года, состоящих на учете на начало отчетного года} + \text{Число детей в возрасте до года, состоящих на учете на конец отчетного года}}{2}$$

1.3. Возрастной состав детей до 1 года (2 лет) на конец года

$$\frac{\text{Число детей данной возрастной группы, находящиеся под наблюдением врачей поликлиники} \times 100}{\text{Число всех детей, находящиеся под наблюдением врачей поликлиники}}$$

1.4. Среднее число детей на одном участке

$$\frac{\text{Средняя численность детей 0-17 лет, обслуживаемых поликлиникой}}{\text{Число педиатрических участков}}$$

1.5. Среднее число детей первого года жизни на участке

$$\frac{\text{Число детей в возрасте до года}}{\text{Число педиатрических участков}}$$

**2. Профилактическая работа**

2.1. Полнота охвата детей 0-17 лет профилактическими осмотрами

$$\frac{\text{Число детей 0-17 лет, осмотренных с профилактической целью} \times 100}{\text{Число детей, подлежащих профилактическим осмотрам}}$$

2.2. Частота выявленных заболеваний при профилактических осмотрах

$$\frac{\text{Число заболеваний выявленных при профосмотрах} \times 100}{\text{Число детей, прошедших профилактический осмотр}}$$

3. Наблюдение за новорожденными и детьми первых лет жизни

3.1. Ранний охват детей наблюдением врача

$$\frac{\text{Число детей, взятых под наблюдение врачом в первые три дня после выписки из родильного дома} \times 100}{\text{Число детей до года жизни, поступивших под наблюдение ДП}}$$

3.2. Заболеваемость новорожденных в возрасте 0-27 суток

$$\frac{\text{Число случаев заболеваний детей в возрасте 0-27 суток} \times 1000}{\text{Число родившихся живыми}}$$

3.3. Распределение новорожденных по группам здоровья (I, II, III)

$$\frac{\text{Число новорожденных I гр. здоровья (II, III)} \times 100}{\text{Общее число новорожденных}}$$

3.4. Распределение новорожденных по группам риска (I, II, III, IV, V)

$$\frac{\text{Число детей I гр. риска (II, III, IV, V)} \times 100}{\text{Число детей II гр. здоровья}}$$

3.5. Распределение детей, достигших 1 года жизни, по группам здоровья (I, II, III)

$$\frac{\text{Число детей I гр. здоровья (II, III)} \times 100}{\text{Число детей, достигших 1 года}}$$

3.6. Заболеваемость детей 1 года жизни

$$\frac{\text{Число выявленных заболеваний всего (по нозологическим формам)} \times 1000}{\text{Численность детского населения до 1 года}}$$

3.7. Систематичность наблюдения врачом детей

$$\frac{\text{Число детей до года (2 лет) жизни, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов} \times 100}{\text{Число детей, достигших в отчетном году 1 года (2 лет)}}$$

3.8. Частота грудного вскармливания

$$\frac{\text{Число детей, находящихся до 3-6 мес. на грудном вскармливании} \times 100}{\text{Число детей, достигших года жизни в отчетном году}}$$



### 3.9. Полнота охвата детей профилактическими прививками

$$\frac{\text{Число детей, охваченных} \\ \text{профилактическими прививками} \times 100}{\text{Число детей, подлежащих иммунизации}}$$

### 3.10. Частота ни разу не болевших детей ("индекс здоровья")

$$\frac{\text{Число ни разу не болевших детей} \\ \text{на первом году жизни} \times 100}{\text{Число детей, достигших года жизни} \\ \text{в отчетном году}}$$

## Показатели дефектов

#### 1. Заболеваемость детей 1 года жизни

$$\frac{\text{Выявлено заболеваний всего у детей 1 года} \\ \text{жизни (по нозологическим формам)} \times 1000}{\text{Средняя численность детей, достигших 1 года}}$$

#### 2. Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет

$$\frac{\text{Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год} \times 1000}{\text{Число детей, родившихся живыми}}$$

#### 3. Показатель смертности детей от 1 года до 15 лет

$$\frac{\text{Число детей в возрасте от 1 года до 15 лет,} \\ \text{умерших в течение года} \times 1000}{\text{Среднегодовая численность детей} \\ \text{в возрасте от 1 до 15 лет}}$$

#### 4. Первичный выход детей 0-17 лет на инвалидность

$$\frac{\text{Число случаев первичного установления} \\ \text{инвалидности у детей 0-17 лет} \times 10000}{\text{Среднегодовая численность} \\ \text{детского населения}}$$

## **8.8. Организация медицинской помощи детям в детских дошкольных учреждениях, школах, школах-интернатах, лагерях отдыха**

К детским дошкольным учреждениям (ДДУ) относятся детские ясли, детские сады и детские сады-ясли. Существуют ДДУ общего и специального назначения (для детей с нарушением зрения, слуха, речи, интеллекта и т.д.), а также могут создаваться ДДУ (группы) интернатного типа (для детей старше 1 года). В ДДУ специального назначения дети находятся круглосуточно как в учреждениях интернатного типа. Участковым врачом-педиатром с участковой медицинской сестрой, фельдшером или медицинской сестрой кабинета здорового ребенка осуществляется подготовка детей к поступлению в ДДУ.

В структуру ДП входят специальные школьно-дошкольные отделения, которые занимаются организацией лечебно-профилактической помощи детям в ДДУ.

Участковый врач-педиатр детской поликлиники осуществляет подготовку детей в школу.

Углубленные медицинские осмотры проводятся детям 3 и 5 лет с участием врачей-специалистов (оториноларинголог, офтальмолог, невропатолог, стоматолог, хирург, ортопед, а по показаниям – фтизиатр, кардиоревматолог, эндокринолог, дерматовенеролог и т.д.) с целью максимального оздоровления выявленных больных детей ко времени поступления в школу.

Данные диспансерного наблюдения, подробный анамнез, заключение о состоянии здоровья и рекомендации по дальнейшему наблюдению за ребенком, фиксируются в «Медицинской карте ребенка», которая передается в школу к началу учебного года. Лечебно-профилактическую работу с детьми в школе осуществляет врач дошкольно-школьного отделения ДП и медицинская сестра.

### **Функциональные обязанности врача и медицинской сестры школы**

- Проведение амбулаторного приема и оказание первичной медико-санитарной помощи подлежащим контингентам;
- Организация и проведение периодических профилактических медицинских осмотров и на основе их результатов разработка плана мероприятий, направленных на укрепление здоровья школьников;
- Динамическое наблюдение и оздоровление диспансерной группы больных детей;

- Осуществление медицинского контроля физического воспитания, режима учебной работы, трудового обучения, организации питания учащихся;
- Проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;
- Профилактика травматизма у школьников и разработка мероприятий по его предупреждению;
- Работа по формированию здорового образа жизни среди персонала школы, родителей и учащихся.

Школы-интернаты организуются для детей с недостатками умственного или физического развития, для сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Кроме того, школы-интернаты создаются для углубленного изучения отдельных предметов (языковые, спортивные и т.д.). В школах-интернатах дети находятся на полном государственном обеспечении круглосуточно и лишь на воскресные, праздничные дни, а также на каникулы по желанию возвращаются в семьи. В школах-интернатах, помимо обычных школьных помещений, должны быть предусмотрены спальни.

Летняя оздоровительная работа с детьми школьного возраста осуществляется в лагерях отдыха.

## **9. Организация стационарной лечебно-диагностической и профилактической помощи детям**

Стационарная медицинская помощь – квалифицированная, специализированная лечебно-диагностическая и реабилитационная помощь, оказываемая стационарными организациями в установленных объемах по экстренным и плановым показаниям, гарантированным за счет государственных бюджетных средств.

### **Номенклатура больничных организаций здравоохранения**

- Больница;
- Госпиталь;
- Медико-санитарная часть;
- Диспансер;
- Центр;
- Родильный дом;
- Дом ребенка;
- Хоспис.

Все стационары подразделяются по ряду признаков:

- по организационному признаку (объединенные с поликлиникой и не объединенные (самостоятельные));
- по территориальному признаку (городские и сельские);
- по контингентам (общие, т.е. для обслуживания взрослого и детского населения и обслуживающие только взрослое население или только детское население);
- по профилю (общепрофильные и специализированные).

Детская больница возглавляется главным врачом. В зависимости от мощности больницы назначаются заместители главного врача:

- ✚ по лечебной работе,
- ✚ по поликлинической работе,
- ✚ по медицинской экспертизе и реабилитации,
- ✚ по экономике,
- ✚ по организационно-методической работе,
- ✚ по АХЧ.

### **Структура детской больницы**

- Руководство больницы (главный врач, заместители главного врача);
- Приемное отделение;
- Лечебные отделения и подразделения;
- Диагностические отделения;
- Лаборатории и кабинеты;
- Административно-хозяйственная часть;
- Прочие структурные подразделения;
- Аптека, пищеблок, кабинет медицинской статистики, медицинский архив, библиотека, склад и др.

### **Задачи и функции детской больницы**

В своей работе детская больница (ДБ) опирается на основные принципы здравоохранения и выполняет следующие задачи:

1. Общедоступность медицинской помощи (МП).
2. Бесплатность гарантированного государственного набора МУ.
3. Высокая квалификация и специализация медицинской помощи.
4. Единство лечебных и профилактических мероприятий.
5. Преемственность в работе между ОЗ и взаимосвязь внебольничной и стационарной помощи.

Эти задачи реализуются посредством следующих функций.

1. Оказание квалифицированной специализированной МП детям по экстренным и плановым показаниям, гарантированным за счет государственных бюджетных средств.

2. Госпитализация детей, нуждающихся в стационарном лечении, с предварительным максимальным обследованием в соответствии с профилем заболевания.
3. Отбор и направление больных детей на реабилитацию в отделения реабилитации с заболеваниями сердечно-сосудистой и пищеварительной системы, опорно-двигательного аппарата, органов дыхания и др.
4. Подготовка и повышение квалификации медицинских кадров.
5. Проведение научных исследований.

Большинство детских больниц являются общими, имеющими в своем составе отделения по разным медицинским специальностям.

Общие больницы имеют существенное преимущество перед специализированными больницами, так как они имеют отделения по разным специальностям и обладают возможностью в полной мере осуществлять всестороннее обследование и комплексное лечение больных. Специализированные больницы предназначены для лечения больных детей определенными видами заболеваний. К больницам этого типа относятся туберкулезные, инфекционные, психоневрологические, онкологические и др. В них обеспечиваются специфические формы обслуживания больных детей и устанавливается специальный режим.

Детские больницы, которые полностью или не менее чем на 50 % используются как базы для обучения студентов высших медицинских учреждений, носят названия клинических.

### **Организация госпитализации больных детей**

1. В больницы для стационарного лечения или для специальных диагностических исследований подлежат госпитализации больные дети, которых нельзя успешно обследовать и лечить в амбулаторных условиях из-за невозможности обеспечить во внебольничных условиях надлежащего режима и ухода, в связи с отсутствием необходимых условий для выполнения лечебных мероприятий и специальных исследований, требующих особой обстановки, аппаратов и инструментов.
2. Вторым, не менее важным условием правильной организации госпитализации больных детей является направление в больницу строго по показаниям.
3. Третьим важным условием для успешной госпитализации является своевременность.

### **Структура и функции приемного отделения (покоя)**

В стационаре мощностью до 300 коек развертывается приемный покой, свыше 300 коек – приемное отделение.

Виды поступлений в стационар:

- плановые (по направлению врачей детской поликлиники, школьных врачей, подростковых врачей);
- экстренные (доставка детей в больницу машиной скорой медицинской помощи (СМП));
- самостоятельное обращение детей с родителями или сопровождающими взрослыми гражданами в приемный покой без направления ЛПО по медицинским показаниям.

Прием больных днем осуществляется заведующим отделением, ночью – дежурным врачом.

Плановая госпитализация ребенка в детскую больницу осуществляется при наличии следующих документов:

- направление на госпитализацию;
- подробная выписка из истории развития ребенка о начале заболевания, лечении и проведенных анализах в условиях поликлиники, а также сведения о развитии ребенка, перенесенные соматические и инфекционные заболевания;
- справка об отсутствии контакта ребенка с инфекционными больными дома, в детских учреждениях и школе (срок действия – 24 часа);
- справка о проведенных прививках.

### **Структура приемного покоя**

- ≡ Вестибюль;
- ≡ Регистратура;
- ≡ Комната медперсонала;
- ≡ Кабинеты для осмотра больных;
- ≡ Боксы, для осмотра детей;
- ≡ Санпропускники;
- ≡ Манипуляционная-перевязочная;
- ≡ Кабинет санитарной обработки;
- ≡ Рентген-кабинет;
- ≡ Клиническая лаборатория;
- ≡ Служебная комната;
- ≡ Кладовая;
- ≡ Выписная.

### **Приемный покой выполняет следующие функции**

1. Прием больных детей на госпитализацию.
2. Регистрация поступающих, выписываемых, переводимых в другие ЛПО и умерших детей.
3. Учет движения больных детей по стационару.
4. Врачебный осмотр, первичная диагностика и медицинская сортировка поступающих детей.

5. Изоляция больных детей, подозрительных на инфекционные заболевания.
6. Оказание первой неотложной помощи.
7. Санитарная обработка.
8. Эвакуация больных детей в профильные медицинские отделения.
9. Прием вещей и их выдача.
10. Наблюдение за больными детьми для уточнения диагноза.
11. Справочно-информационная служба.

В приемном отделении стационара детской больницы должны быть боксы, составляющие 3-4 % от общего числа коек. Наиболее удобными для работы являются индивидуальные боксы. В небольших больницах при отсутствии боксов для приема детей предусматривается не менее 2-3 изолированных смотровых кабинетов и 1-2 санпропускника.

### **Обязанности медицинской сестры приемного отделения**

При поступлении больного ребенка в приемное отделение медицинская сестра приемного отделения обязана выполнить следующее.

1. Проверить документы у родителей или сопровождающих больного ребенка (направление в больницу, паспорт или другой документ, удостоверяющий личность). Отсутствие документов у больного не может служить препятствием для приема в больницу, если на то имеются медицинские показания.

2. Зарегистрировать поступление ребенка в журнале приема и отказов в госпитализации (форма № 001/у) и вызвать врача для осмотра больного ребенка. В случае отказа от госпитализации необходимо точно указать причину отказа и принятые меры (оказана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар, передан актив в поликлинику и т.д.).

3. После осмотра ребенка врачом и принятия решения о госпитализации заполнить паспортную часть истории болезни и статистическую карту:

- ⌘ № истории болезни должен соответствовать № статистической карты;
- ⌘ Ф.И.О. пишется четко, разборчиво и полностью;
- ⌘ подчеркивается пол (мужской или женский);
- ⌘ подчеркивается (житель города или села);
- ⌘ указывается точный адрес, где прописан и где проживает ребенок, в случае поступления иностранного гражданина, указывается страна или республика;
- ⌘ указывается ДДУ, место учебы или работы;
- ⌘ вносятся сведения о родственниках (Ф.И.О, адрес, № телефона);

- ⌘ указывается, кем направлен больной (№ поликлиники, скорой помощью и т.д.);
  - ⌘ диагноз направившего учреждения (переписывается диагноз из направления ЛПО, если явился самостоятельно, то указывается, что без диагноза);
  - ⌘ указывается дата (месяц, год) и время поступления (часы, минуты);
  - ⌘ название отделения, в которое госпитализируется больной;
  - ⌘ осуществляется знакомство больных детей с правилами внутреннего распорядка для пациентов;
  - ⌘ делается отметка с указанием даты и личной подписи медсестры об осмотре ребенка на чесотку и педикулез;
  - ⌘ отмечаются антропометрические данные (вес, рост), измеряется АД и температура тела, данные вносятся в историю болезни.
4. Провести санитарную обработку, переодеть больного ребенка и доставить его в отделение, в зависимости от состояния больного (с сопровождающим, на каталке).
5. Передать больного медицинскому персоналу отделения за личной подписью.
6. Передать на пищеблок порционные требования для назначения питания больному.

Дежурный персонал приемного покоя обязан известить родственников больного ребенка о факте его поступления в больницу в следующих случаях:

- ⌘ если ребенок или подросток до 18 лет, независимо от того, в каком состоянии он находится, поступил в больницу один без сопровождения родственников;
- ⌘ если больной ребенок доставлен в больницу без сопровождения родственников, в порядке скорой или неотложной помощи по поводу внезапного заболевания вне дома;
- ⌘ если больной ребенок доставлен в больницу без сопровождения родственников, находится в бессознательном состоянии или в состоянии, признанном угрожающим его жизни;
- ⌘ если ребенок переводится в другую лечебную организацию.

Извещают родственников либо по телефону, либо почтой, либо курьером. Сообщение на иногородних больных посылают телеграфом.

### **Обязанности врача ординатора и медицинской сестры**

При первичном осмотре больного ребенка в приемном покое врач обязан:

- ⌘ проанализировать жалобы ребенка или родителей на возникшее заболевание;
- ⌘ осмотреть больного ребенка;



- ✚ решить вопрос о госпитализации;
- ✚ в случае отказа от госпитализации из-за отсутствия показаний к ней родителям или сопровождающим ребенка выдают справку с указанием всех видов обследования, проведенных в приемном покое;
- ✚ при решении вопроса о госпитализации врач определяет характер санитарной обработки, очередность и способ транспортировки больного ребенка в отделение, о чем делается запись на титульном листе истории болезни;
- ✚ после осмотра врач вносит запись в историю болезни, которая отражает следующие характеристики: дата и время осмотра, жалобы больного, анамнез заболевания, анамнез жизни, объективный статус предварительный диагноз с обоснованием, план обследования, лечения и ведения больного.

При поступлении больного в отделение **медицинская сестра** обязана:

- принять больного ребенка под личную подпись;
- поместить больного в палату;
- поставить в известность врача о поступлении больного ребенка;
- выполнить все назначения врача приемного покоя по плану обследования и лечения поступившего больного с отметкой в листе назначений даты и подписью об исполнении, внесением данных в температурный лист.

В зависимости от возраста детей выделяют следующие отделения (палаты):

- ✚ для недоношенных;
- ✚ для новорожденных;
- ✚ для детей грудного возраста;
- ✚ для детей младшего возраста;
- ✚ для детей старшего возраста.

По характеру заболеваний отделения (палаты) могут быть:

- ✚ педиатрические общие;
- ✚ хирургические;
- ✚ инфекционные;
- ✚ узкоспециализированные профильные отделения (палаты).

Оборудование и оснащение палат зависят от профиля и специфики работы. В отделениях для детей дошкольного и школьного возрастов палаты должны быть небольшие, с числом коек не более четырех. Целесообразно иметь застекленные перегородки между палатами для того, чтобы персонал мог следить за состоянием детей и их поведением. Предусматривается возможность пребывания в стационаре матери вместе с ребенком.

При выявлении ребенка с острым инфекционным заболеванием в отделении устанавливается карантин на срок инкубационного периода для данного заболевания, проводится учет контактировавших с больными детьми, которых в течение инкубационного периода нельзя перемещать в другие палаты. В необходимых случаях проводятся специальные противоэпидемические мероприятия (прививки, исследования на бактерионосительство и т.д.).

**При поступлении больного в отделение врачу необходимо:**

- выяснить жалобы больного ребенка;
- собрать дополнение к анамнезу заболевания и анамнезу жизни, указав дату и время осмотра;
- дополнить план обследования и лечения, руководствуясь протоколами;
- в трехдневный срок выставить клинический диагноз с обоснованием (в соответствии с принятой МКБ-10 нозологией, с указанием осложнений и сопутствующих состояний);
- составить план лечения и обследования больного, обоснование диагноза завизировать личной подписью.

**Функции врача ординатора детской больницы**

1. Поставить в известность заведующего отделением о поступлении ребенка и его состоянии.
2. Дневник ведения больного ребенка оформлять при плановом ведении – ежедневно, при динамическом наблюдении – каждые 6 часов, при интенсивном наблюдении – каждые 2 часа с отражением динамики заболевания, заключением консультантов и консилиумов за их личной подписью. Отмечать в дневнике изменения за время, прошедшее после предыдущего осмотра, дополнительные назначения медикаментов и обследований.
3. Следить за выполнением медперсоналом назначений по обследованию и лечению, согласно записи в листе назначений, за внесением данных обследования в историю болезни.
4. Оказывать экстренную медицинскую помощь больным детям в случае их непосредственного обращения, при возникновении острых состояний, травм, отравлений.
5. В необходимых случаях проводить консультацию больных детей заведующим отделением, врачами других специальностей.
6. Использовать в своей работе современные методы профилактики, диагностики и лечения больных, в том числе комплексной терапии и восстановительного лечения (медикаментозные средства, диетотерапия, лечебная физкультура, массаж, физиотерапия).

7. Проводить противоэпидемические мероприятия: раннее выявление инфекционных заболеваний, их диагностика и лечение, заполнение и направление «Экстренного извещения об инфекционном заболевании, пищевом, острым профессиональным отравлении, необычной реакции на прививку (форма № 058/у)» в соответствующий ЦГЭ и ОЗ на каждого выявленного инфекционного больного или подозреваемого на инфекционное заболевание.
8. Систематически и непрерывно повышать свою квалификацию.
9. Активно проводить санитарно-просветительную работу среди пациентов по вопросам ЗОЖ, предупреждения заболеваний, связанных с воздействием вредных привычек и др.
10. Участвовать в обходе больных заведующим отделением.
11. Обеспечивать преемственность в оказании первичной медико-санитарной помощи.
12. Дежурить по больнице.
13. При выписке больного оформлять заключительную часть истории болезни, статистическую карту, эпикриз.
14. Оформить справку о нахождении больного ребенка в стационаре и выписку.
15. Заполнять талон к сопроводительному листу СМП и передавать его в оперативный отдел, для отправки на СМП.

### **Эпикриз должен содержать**

1. Обоснование диагноза заболевания, особенно если оно представляло необычные проявления или осложнения.
2. Обоснование применявшихся способов лечения (особенно необычных).
3. Оценку результатов лечения.
4. Оценку состояния больного ко времени окончания наблюдения, по сравнению с тем, что было в начале.
5. Исход болезни.
6. Прогноз и рекомендации больному в отношении режима питания, изменений условий учебы, работы и образа жизни, амбулаторного и домашнего лечения больного ребенка.

Работу отделения стационара возглавляет заведующий. На эту должность назначается квалифицированный врач, имеющий опыт работы по соответствующей специальности. Заведующий отделением подчиняется главному врачу больницы и заместителю главного врача по медицинской части. В повседневной работе он руководствуется положением о детской больнице, должностными инструкциями и другими официальными документами, а также указаниями и распоряжениями вышестоящих органов здравоохранения.

Заведующий отделением осуществляет непосредственное руководство деятельностью медицинского персонала отделения и несет полную ответственность за качество медицинской помощи больным детям.

### **Заведующий отделением обязан**

1. Осуществлять руководство отделением (врачами, старшей медицинской сестрой, медицинскими сестрами, сестрой хозяйкой, раздатчицей, санитарками).
2. Ежедневно проводить оперативные совещания в отделении (принимать дежурства у врачей, средних медицинских работников).
3. Составлять графики работы врачей.
4. Составлять графики отпусков сотрудников отделения.
5. Планировать операции, с учетом квалификации сотрудников отделения.
6. Осуществлять осмотр поступивших детей в первые сутки.
7. Корректировать план лечения и обследования.
8. Ежедневно осматривать в своем отделении больных в тяжелом состоянии, а так же профильных больных при госпитализации в РАО.
9. Контролировать лечебно-диагностический процесс в отделении.
10. Контролировать целесообразность назначения консультаций детям.
11. Осуществлять консультации в других отделениях.
12. Организовывать консилиумы.
13. Организовывать и проводить клинические и клинико-анатомические конференции.
14. Присутствовать на патологоанатомических исследованиях умерших.
15. После выписки из отделения проверять и подписывать истории болезни и статистические карты.
16. Осуществлять экспертизу контроля КМП больным на первой ступени контроля, с вынесением данных УК на титульный лист истории болезни и статистическую карту с личной подписью.
17. Внедрять в работу отделения новейшие достижения медицинской науки и техники.
18. Осуществлять контроль санитарно-противоэпидемического и лечебно-охранительного режима в отделении.
19. Осуществлять профилактику ВБИ.
20. Осуществлять контроль хранения медикаментов.
21. Контролировать охрану труда и технику безопасности в отделении.
22. Контролировать выполнение больными правил внутреннего распорядка в отделении.

23. Контролировать назначение лечебных столов для больных.
24. Регулярно проводить административные обходы в отделении.
25. Обеспечивать систематическое повышение уровня подготовки медперсонала по деонтологии, организовывать деонтологическое воспитание молодых специалистов, используя знания и опыт наиболее квалифицированных врачей и медицинских сестер.
26. Анализировать деятельность отделения на основе МКР.

### **Обязанности старшей медицинской сестры отделения**

1. Осуществлять руководство работой среднего и младшего медицинского персонала.
2. Организовывать и контролировать уход за больными детьми.
3. Осуществлять контроль по соблюдению санитарно-противоэпидемического и лечебно-охранительного режима в отделении.
4. Выписывать и доставлять медикаменты из аптеки в отделение.
5. Осуществлять учет и контроль расходования медикаментов.
6. Составлять порционные требования на питание больных.
7. Организовывать кормление детей, совместно с медицинскими сестрами отделения.
8. Составлять графики работы среднего и младшего медицинского персонала.

### **Выписка ребенка из больницы производится в следующих ситуациях**

- ⌘ при полном его выздоровлении;
- ⌘ при необходимости перевода его в другие ЛПО;
- ⌘ при стойком улучшении состояния больного ребенка, когда дальнейшая госпитализация уже не требуется;
- ⌘ при хроническом течении заболевания в фазе ремиссии;
- ⌘ по требованию родных или опекуна до излечения заболевания, если выписка не угрожает непосредственно жизни и не опасна для окружающих. В этом случае родителей предупреждают о последствиях для здоровья ребенка несвоевременной выпиской и данные вносят в историю болезни. В детскую поликлинику по телефону сообщается о выписке из стационара ребенка, нуждающегося в продолжении лечения на дому. Эпикриз с подробным описанием проведенного обследования, лечения и необходимыми рекомендациями по диспансеризации доставляется курьером участковому врачу-педиатру.

### **Режим в отделениях стационара**

Лечебно-охранительный режим – это устранение отрицательных раздражителей и создание условий, охраняющих психику больного. Под больничным режимом следует понимать образ жизни больного, опреде-

ленный строгим распорядком дня, обеспечивающим соблюдение во времени всех элементов ухода и лечения. Больничный режим связан и в полной мере обусловлен обстановкой, окружающей больного в стационаре, поведением медицинского персонала, обслуживающего больных и регламентацией всех сторон больничной жизни.

Содержанием больничного режима надо считать:

- устранение всех вредно действующих на больного факторов внешней среды (шума, беспорядка и т. д.);
- удлинение физиологического сна;
- сочетание покоя с физической активностью.

**Санитарно-противоэпидемический режим** включает в себя гигиеническое обслуживание больных, поддержание личной гигиены и создание санитарно-гигиенической обстановки в отделении.

### **Анализ деятельности стационара**

**Основные учетные документы**, отражающие работу стационара:

- медицинская карта стационарного больного;
- журнал приема больных и отказов в госпитализации;
- карта выбывшего больного из стационара;
- листок ежедневного учета больных стационара и коечного фонда;
- сводная ведомость учета больных и коечного фонда в стационаре.

**Основные показатели**, характеризующие использование коечного фонда:

- среднее число занятости койки в году;
- оборот (функция) койки;
- средняя длительность лечения (пребывание).

Среднее число занятости койки в году – по плану 340 дней.

### **Рациональное использование коечного фонда**

Сокращение пребывания больных на койке без снижения эффективности и качества лечения могут обеспечить следующие организационные мероприятия.

1. Своевременная госпитализация больных детей в стационарные организации здравоохранения. Обеспечению своевременной госпитализации больных способствует преемственность в работе стационара, поликлиники и СМП.

2. Обследование в условиях поликлиники детей, госпитализируемых в стационар в плановом порядке.

3. Полное укомплектование стационара медицинскими кадрами.

4. Формирование положительного психологического климата в коллективе.

5. Соблюдение пациентами и медицинским персоналом отделений стационара лечебно-охранительного режима, создание обстановки доброжелательности и психологического комфорта для больных.

6. Внедрение в организацию лечебно-профилактической помощи современных достижений научной организации труда.

7. Обеспечение высокого качества и оперативности в работе лечебно-диагностических подразделений стационара.

8. Использование инновационных методов диагностики и лечения.

9. Обеспечение обоснованности и оперативности внутрибольничных консультаций.

10. Обеспечение планомерного ритмичного заполнения отделений стационара.

11. Создание отделений восстановительного лечения и реабилитации, что позволит сократить сроки пребывания больных детей на круглосуточных койках.

12. Повышение квалификации врачей, постоянная учеба медицинского персонала позволяет поддерживать профессиональные знания врачей на современном уровне достижений медицинской науки и практики, обеспечивать высокое качество и эффективность лечебно-диагностического процесса.

## **10. Требования к оформлению медицинской документации, используемой в службе охраны здоровья матери и ребенка**

### **1. Журнал учета приема больных и отказов в госпитализации (ф. № 001/у).**

Журнал ведется в приемном отделении стационарных ЛПО и служит для регистрации больных, поступающих в стационар.

В роддомах, родильных отделениях журнал оформляется только на поступающих гинекологических больных и женщин, госпитализируемых для прерывания беременности.

В журнал вносятся данные о пациентах на основании направления в ЛПО, сопроводительного талона скорой помощи. В случае отказа пациента от госпитализации или при отсутствии медицинских показаний для госпитализации в журнале указывается причина отказа и принятые меры (оказана амбулаторная помощь, направлен в другой стационар, передан актив в поликлинику).

## **2. Журнал учета приема беременных, рожениц и родильниц (ф. № 002/у).**

Журнал ведется в родильных домах и больницах, имеющих отделения (палаты) для беременных и рожениц. В журнал, кроме беременных и рожениц записываются родильницы, доставленные в стационар после домашних (дорожных) родов, а также переведенные из других стационаров. В журнал вносятся данные о женщине на основании записей в обменной карте (ф. № 113/у), полученной из женской консультации, а также данных истории родов (ф. № 096/у).

## **3. Медицинская карта стационарного больного (ф. № 003/у-07).**

Медицинская карта стационарного больного оформляется на каждого поступившего в стационарные ЛПО, ведется всеми больницами, стационарами диспансеров, а также санаториями. Карта содержит сведения о назначенных и проведенных инструментальных, лабораторных обследованиях, лечении, состоянии больного в течение всего времени пребывания в ЛПО. Данные медицинской карты стационарного больного позволяют контролировать организацию лечебно-диагностического процесса. Паспортная часть, диагноз направившего учреждения, анамнез, объективный статус, предварительный диагноз, установленный врачами при поступлении больного в стационар, оформляются в приемном отделении медицинской сестрой и врачом приемного отделения.

В дневниках наблюдения ежедневно врач ординатор отмечает изменения в состоянии больного, выставляет клинический диагноз. При проведении хирургического вмешательства в медицинской карте указывается дата (месяц, число, час) операции, ее название, фамилии оперирующих хирургов, описание операции оформляется в журнале записи оперативных вмешательств (ф. № 008/у). В случае смерти больного в карту вносится патологоанатомический диагноз. В случае выписки или смерти больного указывается количество проведенных койко-дней, причем день поступления и день выписки считаются за один койко-день.

После выписки или смерти больного лечащий врач оформляет эпикриз, в котором отмечается состояние больного при поступлении и выписке, обосновывается диагноз, указываются лечебные мероприятия и их эффективность, даются рекомендации по дальнейшему лечению и режиму больного. Заведующие отделениями проводят экспертизу качества оказания медицинской помощи (первая ступень контроля). Медицинская карта стационарного больного подписывается лечащим врачом и заведующим отделением и сдается на хранение в архив.



#### **4. Медицинская карта прерывания беременности (ф. № 003-1/у).**

Оформляется в ЛПО на всех женщин, поступивших в стационар для искусственного прерывания беременности или по поводу самопроизвольного аборта. При прерывании беременности по медицинским показаниям на женщину заполняется медицинская карта стационарного больного (ф. № 003/у).

#### **5. Лист регистрации переливания трансфузионных сред (ф. № 005/у).**

Данная форма применяется для регистрации каждого переливания больному трансфузионных сред (крови, ее компонентов и препаратов, кровезаменителей), а также реакций, осложнений после трансфузии. Форма заполняется врачом, проводившим трансфузию, на основании данных журнала регистрации переливания трансфузионных сред (ф. № 009/у) и вклеивается в медицинскую карту стационарного больного (ф. № 003/у).

#### **6. Листок учета движения больных и коечного фонда стационара (ф. № 007/у-07).**

Листок учета движения больных и коечного фонда является первичным учетным документом, на основании которого ведется ежедневный учет движения больных и использования коечного фонда в стационаре. Листок заполняется старшей сестрой отделения ЛПО и передается каждый день в организационно-методический кабинет (ОМК) статистику. В конце месяца полученные данные вносятся в сводную ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению или профилю коек (ф. № 016/у).

#### **7. Журнал записи оперативных вмешательств (ф. № 008/у).**

В журнал вносятся все оперативные вмешательства с подробным описанием хода и продолжительности операции, вида обезболивания, дозы наркотического средства, состояния больного во время оперативного вмешательства, а также указываются лечебные мероприятия, проводившиеся во время операции, фамилии оперирующих врачей и анестезиолога-реаниматолога, отмечается исход операции. Журнал хранится в операционной, заполняется врачом, если в больнице несколько операционных (для чистых, гнойных операций), то в каждой из них ведется свой отдельный журнал.

**8. Журнал регистрации переливания трансфузионных сред (ф. № 009/у).**

Применяется для регистрации всех переливаний трансфузионных сред, реакций, осложнений, наблюдаемых у больного, перенесшего трансфузию, проводимую в ЛПО. Журнал оформляется врачом, проводящим трансфузии.

**9. Журнал записи родов в стационаре (ф. № 010/у).**

Журнал содержит сведения о родах, проведенных в стационаре, видах обезболивания, осложнениях и мероприятиях, проведенных во время родов, а также о новорожденных (живой или мертвый плод, его пол, масса тела, рост). Журнал ведется в родовой комнате акушеркой под контролем врача.

При регистрации многоплодных родов сведения о новорожденных вносятся отдельной строкой о каждом из новорожденных. В журнал вносятся все сведения о роженицах, доставленных в акушерский стационар в третьем периоде родов, после рождения ребенка, с не выделившимся последом.

**10. Сводная ведомость учета движения больных и коечного фонда по стационару, отделению, профилю коек (ф. № 016/у).**

Заполняется в ЛПО всех профилей. Служит для подведения месячных и годовых итогов движения больных и использования коечного фонда по отделениям, профилям коек и стационару в целом.

**11. Медицинская карта амбулаторного больного (ф. № 025/у-07).**

Медицинская карта амбулаторного больного заполняется на всех больных при первом обращении за медицинской помощью в ЛПО, в ЖК на гинекологических больных и женщин, обратившихся по поводу прерывания беременности. В случае смерти больного, одновременно с выдачей врачебного свидетельства о смерти в карте производится запись о дате и причине смерти, затем карта передается в архив ЛПО. Медицинские карты амбулаторного больного хранятся в регистратуре поликлиники по участкам, в ЦРБ и сельских амбулаториях - по населенным пунктам и алфавиту.

**12. Талон на прием к врачу (ф. № 025-1/у-07).**

Талон на прием к врачу является оперативным документом, позволяющим правильно формировать очередность приема пациентов. Лицевая сторона талона заполняется в регистратуре при записи больных

или больными при системе самозаписи. Обратная сторона талона заполняется медицинской сестрой, работающей вместе с врачом, путем подчеркивания нужных обозначений и используется для заполнения дневника работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации (ф. № 039/у).

**13. Статистический талон для регистрации заключительных (уточненных) диагнозов (ф. № 025-2/у).**

Талон заполняется на основании записей в листе заключительных (уточненных) диагнозов медицинской карты амбулаторного больного на все заболевания и травмы, кроме острых инфекционных заболеваний, учитываемых по извещениям (ф. № 058/у).

**14. Выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (ф. № 027/у).**

Выписка заполняется, амбулаторно-поликлиническими ЛПО при направлении больного на стационарное лечение и стационарами всех профилей при выписке (в случае смерти) больного. Служит для преемственности в работе амбулаторно-поликлинических и стационарных ЛПО в ней содержится информация о диагнозе, течении заболевания, состоянии больного при направлении (выписке), проведенных исследованиях и лечении, лечебных (трудовых) рекомендациях больному. Выписка выдается на руки больному или пересылается в ЛПО.

**15. Протокол на случай выявления у больного запущенной формы злокачественного новообразования (ф. № 027-03/у) (IV клиническая группа).**

Протокол составляется всеми ЛПО в следующих случаях:

- поздней диагностики злокачественной опухоли при жизни больного (3 и 4 стадии для визуальных локализаций и 4 стадии для всех остальных локализаций);
- если больной, не получивший специального лечения, умер от злокачественной опухоли в течение 3-х месяцев с момента установления диагноза злокачественного новообразования;
- когда диагноз злокачественного новообразования был установлен посмертно.

Протокол оформляется в 2-х экземплярах. Первый остается в медицинской карте стационарного или амбулаторного больного, второй пересылается в онкологический диспансер по месту жительства больного. Онкологический диспансер (онкологический кабинет) после получения протокола запущенности берет больных на учет (IV клиническая группа). В протоколе отражаются в хронологическом порядке этапы обращения больного за медицинской помощью по поводу данного заболе-

вания, указываются ЛПО, по вине которых произошла задержка в своевременном установлении диагноза и начале лечения, и практические предложения по улучшению диагностики опухолей. Результаты причин запущенности обсуждаются на врачебных конференциях для принятия управленческих решений и разработки мероприятий по улучшению онкологической помощи населению в ЛПО, где впервые был установлен факт поздней диагностики опухоли.

#### **16. Контрольная карта диспансерного наблюдения (ф. № 030/у).**

Контрольная карта диспансерного наблюдения заполняется на больных, взятых на диспансерный учет по поводу заболеваний. В карте указывается дата установления диагноза, данные о возникающих осложнениях, сопутствующих заболеваниях, лечебно-профилактических мероприятиях, госпитализации, санаторно-курортном лечении, переводе на инвалидность. Карты хранятся у врача в картотеке по месяцам назначенной явки, что позволяет вести контроль систематичности посещений.

#### **17. Книга записи вызовов врачей на дом (ф. № 031/у).**

Ведется во всех ЛПО, оказывающих медицинскую помощь на дому. Регистратор (медицинская сестра) записывает первичные, повторные вызовы, активные посещения больных на дому по инициативе врача, подбирает медицинские карты амбулаторных больных и передает врачам. По записи в книге подсчитывается число посещений, сделанных врачом на дому и данные вносятся ежедневно в дневник работы врача поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации.

#### **18. Журнал для записи заключений врачебно-консультационной комиссии (ф. №035/у).**

Журнал ведется во всех ЛПО. В журнале фиксируются больные, представляемые на ВКК, независимо от повода представления. Данные о больном вносятся в журнал столько раз, сколько он представлялся на ВКК.

#### **19. Журнал учета санитарно-просветительной работы (ф. № 038/у).**

Журнал ведется во всех лечебных и санитарно-профилактических организациях, проводящих работу по формированию здорового образа жизни среди населения. В журнал вносятся данные о видах санитарно-просветительной работы, проводимые врачами и средним медперсоналом.

**20. Дневник работы среднего медицинского персонала поликлиники (амбулатории), диспансера, консультации, здравпункта, ФАПа (ф. № 039-1/у).**

Дневник работы среднего медицинского персонала ведется во всех поликлиниках (амбулаториях), диспансерах и др. В нем учитывается объем работы по дням в течение месяца, нагрузка по приему женщин, обратившихся с профилактической целью на самостоятельном приеме, количество отпущенных процедур и их характер.

**21. Журнал учета инфекционных заболеваний (ф. № 060/у).**

Журнал ведется во всех ЛПО для учета инфекционных заболеваний.

**22. Статистическая карта выбывшего из стационара (ф. № 066/у-07).**

Составляется на основании медицинской карты стационарного больного (ф. № 003/у) и является статистическим документом, содержащим сведения о больном, выбывшем из стационара (выписанном, умершем), в том числе и родильниц, выписанных после нормальных родов, а также на выбывших новорожденных, родившихся больными или заболевших в стационаре. В карте отражаются основные сведения: о длительности лечения больного в стационаре, диагнозе основного и сопутствующего заболеваний, сроке, характере и эффективности хирургической помощи, исходе заболевания и др. При переводе больного из одного отделения в другое той же больницы карта выбывшего больного заполняется в отделении, из которого выбыл больной.

**23. Журнал записи амбулаторных операций (ф. № 069/у).**

Журнал хранится в операционной, заполняется врачом. В журнале регистрируются все произведенные в поликлинике хирургические вмешательства, кратко описывается ход операции, вид обезболивания, фамилия оперирующего хирурга и операционной сестры.

**24. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, венерической болезни, трихофитии, микроспории, фавуса, чесотки, трахомы, психического заболевания (ф. № 089/у).**

Извещение оформляется врачами на всех больных, у которых впервые в жизни выявлено данное заболевание. Средний медперсонал составляет извещения только на больных чесоткой. Каждое новое заболевание следует рассматривать, как впервые диагностированное, и составлять на него извещение, которое в трехдневный срок пересылается в

областной (районный) диспансер по месту жительства больного для использования в оперативных целях.

#### **25. Извещение о впервые установленном случае злокачественного новообразования (ф. № 090/у-03).**

Извещение оформляется врачами на больного с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования, а также при сверке сведений об умерших от злокачественных новообразований с данными ЗАГСов и статистических управлений, если выясняется, что диагноз установлен после смерти.

#### **26. История родов (ф. № 096/у).**

История родов оформляется на каждую поступившую беременную женщину, роженицу или родильницу. В истории родов отражаются характер течения родов, диагностические и лечебные мероприятия, записанные в их последовательности. Все исправления в истории родов делаются немедленно, за подписью врача, отвечающего за ведение истории родов. При проведении консультации или консилиума по поводу состояния женщины в историю родов вносится заключение за подписью всех ее членов. При планировании оперативного вмешательства указываются условия, показания к операции, последовательность ее проведения, оперирующие лица, а также медикаментозные средства и их дозы. При выписке беременной, родильницы с ребенком история родов подписывается палатным врачом, заведующим отделением и передается в архив родильного дома. Истории родов выдаются сотрудникам родильного дома для составления статистических отчетов или научных разработок согласно письменного разрешения главного врача, под расписку. Заведующие отделениями проводят экспертизу качества оказания медицинской помощи (первая ступень контроля).

#### **27. История развития новорожденного (ф. № 097/у).**

История развития новорожденного оформляется на всех новорожденных, родившихся в стационаре, поступивших в стационар после родов на дому, переведенных из других роддомов. Этот документ содержит сведения о характере родов, состоянии ребенка при рождении, наличии пороков развития, родовой травмы, состоянии новорожденного во время пребывания в роддоме, при выписке, включая сведения о матери. Данные о новорожденных вносятся в журнал отделения (палаты) новорожденных (ф. № 102/у).

**28. Журнал отделения (палаты) для новорожденных (ф. № 102/у).**

Ведется медицинской сестрой в физиологическом и обсервационном отделениях под наблюдением заведующего (врача-неонатолога). Сведения в журнал вносятся из истории развития новорожденного (ф. № 097/у), при этом указываются диагнозы детей, родившихся больными или заболевших в период пребывания в отделении, а также отмечается передача телефонограмм в детскую поликлинику о дате выписки ребенка.

**29. Медицинская справка о рождении (форма № 103/у-01).**

Медицинская справка о рождении удостоверяет факт рождения ребенка и выдается на руки родителям для регистрации рождения ребенка в органах записи актов гражданского состояния.

Справка заполняется врачом, а в сельской местности врачом или средним медицинским персоналом, принявшим роды. Порядок заполнения и выдачи справки утвержден Постановлением МЗ РБ и Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 04.02.2002 г. № 4/11 (приложение 2).

**30. Индивидуальная карта беременной и родильницы (ф. № 111/у).**

Индивидуальная карта беременной и родильницы заполняется на каждую обратившуюся в ЖК женщину, желающую сохранить беременность. В карту вносятся паспортные данные, анамнез, включающий сведения о течении и исходах предыдущих беременностей, данные о состоянии здоровья женщины ко времени обращения в ЖК, результаты акушерского обследования, заключения терапевта и других специалистов о состоянии здоровья беременной. Последняя страница карты предназначена для записи сведений о течении и исходе родов, а также о течении послеродового периода после выписки родильницы из стационара.

**31. Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы, сведения женской консультации о беременной (ф. № 113/у).**

Карта состоит из трех отрывных талонов. Она предназначена для осуществления преемственности в работе между ЖК, акушерским стационаром и детской поликлиникой в наблюдении за женщиной и ее ребенком. Обменная карта выдается в ЖК на руки каждой беременной при сроке беременности 22 недели. Врач ЖК при заполнении первого талона «Сведения ЖК о беременной» подробно записывает сведения об особенностях течения прежних беременностей, родов, послеродового пери-

ода и особенностях течения настоящей беременности. Эти знания имеют значение для врача, ведущего роды у данной женщины. При поступлении в стационар (на роды или в отделение патологии беременности) женщина обязана предъявить обменную карту. Первый талон хранится в истории родов. Второй талон «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о родильнице» заполняется в акушерском стационаре перед выпиской родильницы и выдается ей для передачи в ЖК. В особых случаях талон направляется в ЖК по почте или с нарочным. Врач акушерского стационара при заполнении второго талона описывает особенности течения родов, послеродового периода и состояния родильницы. Третий талон «Сведения родильного дома, родильного отделения больницы о новорожденном» заполняется в детском отделении акушерского стационара перед выпиской новорожденного и выдается матери для передачи его в детскую поликлинику. В детскую поликлинику медицинские работники акушерского стационара сообщают о выписке новорожденного (в день выписки). Врачи акушерского стационара (акушер-гинеколог и неонатолог) при заполнении третьего талона подробно описывают особенности родов и состояние новорожденного, которые вызывают необходимость специального наблюдения за ним после выписки из стационара.

### **32. Тетрадь учета работы на дому участковой (патронажной) медицинской сестры (акушерки) (ф. № 116/у).**

Ведется участковой (патронажной) медицинской сестрой (акушеркой). В тетрадь вносятся паспортные данные патронируемого больного или беременной, отмечаются лекарственные и другие назначения в соответствии с записью врача в индивидуальной карте беременной, родильницы или медицинской карте амбулаторного больного.

Медико-статистическая документация заполняется в соответствии с реквизитами, предусмотренными утвержденными формами этих документов:

- не допускается искажений (не соответствующей действительности информации) в медицинской документации;
- в медицинской документации не допускаются исправления;
- недопустимы сокращенные записи диагнозов и названий лекарственных препаратов, назначений, способов введения;
- любой медицинский документ должен быть оформлен разборчивым почерком и давать представление о характере, объеме и качестве МП, оказанной пациенту.



## **11. Индивидуальные задания по расчету и анализу показателей деятельности женской консультации N региона**

1. На основании приведенных ниже исходных данных типового задания рассчитайте показатели деятельности женской консультации для расчетного года.
2. Проведите сравнительный анализ показателей расчетного года с показателями базисного года, приведенными в типовом задании.
3. Сделайте выводы и разработайте практические предложения по улучшению показателей деятельности женской консультации.

### **ТИПОВОЕ ЗАДАНИЕ**

Для расчета и анализа качественных показателей деятельности женских консультаций на основе МКР используются данные «Отчета о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам N региона» (форма № 32).

1. Средняя численность женского населения – 25100.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21826.
3. Число фактически осмотренных женщин – 20591.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 20591.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 10682.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 652.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 52.
8. Число женщин, фертильного возраста – 12110.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 4810.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 4810.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 28.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5985.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 96.

14. Число женщин, поступивших под наблюдение ЖК со сроком беременности до 12 недель – 486.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение ЖК в отчетном году – 498.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением ЖК в отчетном году – 508.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 57.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 492.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 4678.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 312.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 472.
22. Число аборт за отчетный год – 180.
23. Число внебольничных абортов – 4.
24. Число всех жалоб – 26.
25. Число обоснованных жалоб – 7.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 4670.

## Методика расчета показателей результативности

### 1. Профилактическая работа

- 1.1. Полнота охвата женщин профилактическими осмотрами
- $$= \frac{\text{Число фактически осмотренных женщин}}{\text{Число женщин, подлежащих осмотру по плану}} \times 100 =$$
- $$= \frac{20591}{21826} \times 100 = 94,34 \%$$
- 1.2. Процентная доля обследованных женщин на онкоцитологию
- $$= \frac{\text{Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию}}{\text{Число фактически осмотренных женщин}} \times 100 =$$
- $$= \frac{20591}{20591} \times 100 = 100 \%$$

$$\begin{aligned}
 1.3. \quad & \text{Выявляемость заболеваний у женщин при профосмотрах} \\
 & \text{Число заболеваний, выявленных при профосмотре всего (в т.ч. по нозологическим формам)} \\
 & = \frac{\text{Число фактически осмотренных женщин}}{\text{Число фактически осмотренных женщин}} \times 100 = \\
 & = \frac{10682}{20591} \times 100 = 51,88 \%
 \end{aligned}$$

## 2. Работа по снижению аборт

$$\begin{aligned}
 2.1. \quad & \text{Процентная доля женщин фертильного возраста} \\
 & \text{Число женщин фертильного возраста} \\
 & = \frac{\text{Средняя численность женского населения}}{\text{Средняя численность женского населения}} \times 100 = \\
 & = \frac{12110}{25100} \times 100 = 48,25 \%
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 2.2. \quad & \text{Применение внутриматочных контрацептивов у женщин} \\
 & \text{Число женщин, состоящих на учете с ВМК} \\
 & = \frac{\text{Число женщин фертильного возраста}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 100 = \\
 & = \frac{4670}{12110} \times 100 = 38,56 \%
 \end{aligned}$$

## 3. Работа по диспансерному обслуживанию

$$\begin{aligned}
 3.1. \quad & \text{Объем диспансерного наблюдения} \\
 & \text{Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года} \\
 & = \frac{\text{Средняя численность женского населения}}{\text{Средняя численность женского населения}} \times 100 = \\
 & = \frac{4810}{25100} \times 100 = 19,16 \%
 \end{aligned}$$

3.2.	Полнота охвата диспансеризацией	<p>Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года + Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся)</p> $= \frac{\text{Число зарегистрированных больных женщин}}{\text{Число зарегистрированных больных женщин}} \times 100 =$ $= \frac{4810 + 28}{5985} \times 100 = 80,84 \%$
3.3.	Удельный вес диспансерных больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с излечением	<p>Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением (улучшением состояния здоровья)</p> $= \frac{\text{Число больных женщин, снятых с учета на конец года}}{\text{Число больных женщин, снятых с учета на конец года}} \times 100 =$ $= \frac{960}{4810} \times 100 = 19,96 \%$

#### 4. Показатели работы по обслуживанию беременных женщин

4.1. Своевременность поступления беременных под наблюдение женской консультации

4.1.	Ранее поступление	<p>Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель</p> $= \frac{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение ЖК в отчетном году}}{\text{Число беременных, поступивших под наблюдение ЖК в отчетном году}} \times 100 =$ $= \frac{486}{498} \times 100 = 97,59 \%$
------	-------------------	--

$$\begin{aligned}
 4.2. \quad & \text{Полнота охвата беременных диспансерным наблюдением} \\
 & = \frac{\text{Число беременных, состоящих под наблюдением ЖК в отчетном году}}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100 = \\
 & = \frac{508}{492} \times 100 = 103,25 \%
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 4.3. \quad & \text{Среднее число посещений беременными и родильницами женской консультации} \\
 & = \frac{\text{Число посещений женской консультации беременными, родившими в отчетном году}}{\text{Число женщин, родивших в отчетном году}} = \\
 & = \frac{4680}{312} = 15 \text{ посещений}
 \end{aligned}$$

#### 4.4. Полнота и своевременность обследования беременных

$$\begin{aligned}
 4.4.1. \quad & \text{Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом} \\
 & = \frac{\text{Число беременных, осмотренных терапевтом}}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \\
 & = \frac{472}{492} = 95,93 \%
 \end{aligned}$$

#### 5. Исходы беременности

$$\begin{aligned}
 5.1. \quad & \text{Удельный вес беременностей, закончившихся родами} \\
 & = \frac{\text{Число женщин, у которых беременность закончилась родами}}{\text{Общее число беременных женщин, состоявших под наблюдением ЖК}} \times 100 = \\
 & = \frac{312}{508} \times 100 = 61,42 \%
 \end{aligned}$$

5.2. Удельный вес преждевременных и запоздалых родов рассчитывается аналогично

$$5.3. \quad \text{Частота аборт} = \frac{\text{Число аборт} \text{ за отчетный год}}{\text{Число женщин фертильного возраста}} \times 100 =$$

$$= \frac{180}{12110} = 1,49 \%$$

$$5.4. \quad \text{Частота беременностей, закончившихся аборт} = \frac{\text{Число женщин, беременность которых закончилась аборт}}{\text{Общее число беременных женщин, состоявших под наблюдением ЖК}} \times 100 =$$

$$= \frac{180}{508} \times 100 = 35,43 \%$$

$$5.5. \quad \text{Соотношение аборт} = \frac{\text{Число аборт} \text{ за отчетный год}}{\text{Число родов за отчетный год}}$$

$$= \frac{180}{312} \times 100 = 0,58 \%$$

$$5.6. \quad \text{Частота возникновения патологических состояний при беременности} = \frac{\text{Число беременных, страдающих ранними (поздними) токсикозами}}{\text{Число женщин, закончивших беременность в отчетном году}} \times 100 =$$

$$= \frac{57}{492} = 11,59 \%$$

## Методика расчета показателей дефектов

1. Выявлено больных женщин в далеко запущенных стадиях онкологических заболеваний
 
$$= \frac{\text{Число выявленных больных женщин в далеко запущенных стадиях онкологических заболеваний}}{\text{Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями}} \times 100 =$$

$$= \frac{52}{652} \times 100 = 7,98 \%$$
2. Удельный вес внебольничных (криминальных) аборт
 
$$= \frac{\text{Число внебольничных (криминальных) аборт за год}}{\text{Число аборт за отчетный год}} \times 100 =$$

$$= \frac{4}{180} = 2,22 \%$$
3. Удельный вес обоснованных жалоб
 
$$= \frac{\text{Число обоснованных жалоб}}{\text{Число всех жалоб}} \times 100 =$$

$$= \frac{7}{26} \times 100 = 26,92 \%$$

## Показатели деятельности женских консультаций в базисном году

### Показатели результативности

1. Полнота охвата женщин профилактическими осмотрами – 100 %.
2. Процентная доля обследованных женщин на онкоцитологию – 100 %.
3. Выявляемость заболеваний у женщин при профосмотрах – 50 %.
4. Процентная доля женщин фертильного возраста – 57,8 %.
5. Применение внутриматочных контрацептивов у женщин – 40 %.
6. Объем диспансерного наблюдения – 60 %.
7. Полнота охвата диспансеризацией – 100 %.
8. Удельный вес диспансерных больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с излечением – 11,5 %.
9. Раннее поступление беременных под наблюдение ЖК – 98 %.

10. Полнота охвата беременных диспансерным наблюдением – 100 %.
11. Среднее число посещений беременными и родильницами ЖК – 15.
12. Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом – 100 %.
13. Удельный вес беременностей, закончившихся родами – 65 %.
14. Частота аборт – 1,7 %.
15. Частота беременностей, закончившихся абортами – 35 %.
16. Соотношение аборт и родов – 0,60 %.
17. Частота возникновения патологических состояний при беременности – 10,0 %

### **Показатели дефектов**

1. Выявлено больных женщин в далеко запущенных стадиях онкологических заболеваний – 0,5 %.
2. Удельный вес внебольничных (криминальных) аборт – 2 %.
3. Удельный вес обоснованных жалоб – 0.

**Выводы по анализу показателей женской консультации N региона в расчетном году по сравнению с базисным.**

### **Показатели результативности**

1. Полнота охвата женщин профилактическими осмотрами снизилась на 5,7 % – динамика показателя отрицательная.
2. Процентная доля, обследованных женщин на онкоцитологию не изменилась и составила 100 %.
3. Выявляемость заболеваний у женщин при профосмотрах повысилась на 1,9 % – динамика показателя отрицательная в плане характеристики показателей состояния здоровья женского населения.
4. Процентная доля женщин фертильного возраста снизилась на 9,6 % – динамика показателя отрицательная и связана с процессами старения населения.
5. Применение внутриматочных контрацептивов снизилась на 1,4 %.
6. Объем диспансерного наблюдения снизился на 40,8 % – динамика показателя положительная.
7. Полнота охвата диспансеризацией снизилась на – 19,2 % – динамика показателя положительная.
8. Удельный вес диспансерных больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с излечением увеличился на 8,5 % – динамика показателя положительная.
9. Раннее поступление беременных под наблюдение ЖК снизилось на 0,4 % – динамика показателя отрицательная.



10. Полнота охвата беременных диспансерным наблюдением соответствует нормативным требованиям.
11. Среднее число посещений беременными и родильницами ЖК не изменилось и соответствует нормальному уровню.
12. Удельный вес беременных, осмотренных терапевтом снизился на 4,1 % – динамика показателя отрицательная.
13. Удельный вес беременностей, закончившихся родами снизился на 3,6 % – динамика показателя отрицательная.
14. Частота аборт уменьшилась на 0,2 % – динамика показателя положительная.
15. Частота беременностей, закончившихся абортами повысилась на 0,4 % – динамика показателя отрицательная.
16. Соотношение аборт и родов снизилось на 0,02 %.
17. Частота возникновения патологических состояний при беременности возросла на 1,6 % – динамика показателя отрицательная.

#### **Показатели дефектов**

1. Удельный вес выявления женщин в далеко запущенных стадиях онкологических заболеваний возрос на 7,5 % – динамика показателя отрицательная.
2. Удельный вес внебольничных (криминальных) аборт увеличился на 0,2 % – динамика показателя отрицательная.
3. Удельный вес обоснованных жалоб повысился на 26,9 % – динамика показателя отрицательная.

#### **Выводы по организации работы женской консультации.**

В работе женской консультации прослеживаются следующие отрицательные тенденции: снижение полноты охвата женщин профилактическими осмотрами, процентной доли женщин фертильного возраста, раннего поступления беременных под наблюдение ЖК, удельного веса беременных, осмотренных терапевтом, удельного веса беременностей, закончившихся родами.

Следует отметить рост показателей дефектов деятельности женской консультации: рост удельного веса больных женщин выявленных в далеко запущенных стадиях онкологических заболеваний, внебольничных (криминальных) аборт и обоснованных жалоб.

Среди показателей результативности позитивную динамику имеет процентная доля обследованных женщин на онкоцитологию, удельный вес диспансерных больных, снятых с диспансерного наблюдения в связи с излечением, снижение частоты аборт, снижение объема диспансерного наблюдения и полнота охвата диспансеризацией.

**Предложения по улучшению показателей деятельности женской консультации:** уделить больше внимания работе среди женщин фертильного возраста, в том числе и в период планирования ими беременности, проверить качество диспансерного наблюдения за беременными женщинами и гинекологическими больными в плане выполнения показателей Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь.

**Варианты индивидуальных заданий  
для расчета и анализа качественных показателей деятельности  
ЖК на основе МКР**

***ВАРИАНТ № 1***

1. Средняя численность женского населения – 24910.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21100.
3. Число фактически осмотренных женщин – 20010.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 20010.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 9861.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 510.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 28.
8. Число женщин фертильного возраста – 12000.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 5020.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 5020.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 15.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5976.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 910.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 470.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 510.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 516.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 82.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 506.

19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 6258.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 417.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 500.
22. Число абортотв за отчетный год – 89.
23. Число внебольничных абортотв – 2.
24. Число всех жалоб – 62.
25. Число обоснованных жалоб – 12.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 4970.

### ***ВАРИАНТ № 2***

1. Средняя численность женского населения – 24710.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 22729.
3. Число фактически осмотренных женщин – 21571.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21571.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 11664.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 476.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 39.
8. Число женщин фертильного возраста – 12010.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 4302.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 5302.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 34.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5675.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 816.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 518.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 547.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 558.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 64.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 499.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 6701.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 419.

21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 512.
22. Число абортотв за отчетный год – 80.
23. Число внебольничных абортотв – 2.
24. Число всех жалоб – 98.
25. Число обоснованных жалоб – 14.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 3980.

### ***ВАРИАНТ № 3***

1. Средняя численность женского населения – 22630.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21429.
3. Число фактически осмотренных женщин – 21271.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21271.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 10634.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 3567.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 54.
8. Число женщин фертильного возраста – 11976.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 4788.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 4788.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 29.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5779.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 102.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 479.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 527.
16. Число беременных состоящих под наблюдением в отчетном году – 549.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 64.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 542.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 6710.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 473.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 542.
22. Число абортотв за отчетный год – 69.
23. Число внебольничных абортотв – 0.

24. Число всех жалоб – 72.
25. Число обоснованных жалоб – 21.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 4178.

#### ***ВАРИАНТ № 4***

1. Средняя численность женского населения – 25000.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21816.
3. Число фактически осмотренных женщин – 20691.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 20691.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 10672.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 632.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 42.
8. Число женщин фертильного возраста – 12120.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 5302.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 5302.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 38.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 6086.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 104.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 476.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 499.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 507.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 67.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 493.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 6170.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 411.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 474.
22. Число аборт за отчетный год – 82.
23. Число внебольничных абортов – 2.
24. Число всех жалоб – 16.
25. Число обоснованных жалоб – 2.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 2148.

### ***ВАРИАНТ № 5***

1. Средняя численность женского населения – 22633.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21427.
3. Число фактически осмотренных женщин – 21270.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21270.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 10624.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 336.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 44.
8. Число женщин фертильного возраста – 11973.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 4768.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 4768.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 23.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5869.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 114.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 499.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 528.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 559.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 54.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 552.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 7155.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 477.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 554.
22. Число аборт за отчетный год – 75.
23. Число внебольничных абортов – 3.
24. Число всех жалоб – 86.
25. Число обоснованных жалоб – 21.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 3414.

### ***ВАРИАНТ № 6***

1. Средняя численность женского населения – 22638.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21457.

3. Число фактически осмотренных женщин – 21370.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21370.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 10723.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 12.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 14.
8. Число женщин фертильного возраста – 11963.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 4828.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 4828.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 15.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5967.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 107.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 497.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 514.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 549.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 36.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 541.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 7605.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 507.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 544.
22. Число аборт за отчетный год – 34.
23. Число внебольничных абортов – 5.
24. Число всех жалоб – 74.
25. Число обоснованных жалоб – 18.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 3114.

#### ***ВАРИАНТ № 7***

1. Средняя численность женского населения – 25300.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 22816.
3. Число фактически осмотренных женщин – 21691.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21691.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 11572.

6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 533.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 38.
8. Число женщин фертильного возраста – 12020.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 6002.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 6002.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 14.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 6966.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 116.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 416.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 438.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 497.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 47.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 492.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 6810.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 449.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 474.
22. Число аборт за отчетный год – 43.
23. Число внебольничных абортов – 1.
24. Число всех жалоб – 84.
25. Число обоснованных жалоб – 22.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 2914.

#### ***ВАРИАНТ № 8***

1. Средняя численность женского населения – 22648.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21447.
3. Число фактически осмотренных женщин – 21270.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21270.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 11713.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 168.



7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 37.
8. Число женщин фертильного возраста – 11969.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 4874.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 4874.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 42.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5667.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 57.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 467.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 519.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 538.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 56.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 531.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 7532.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 500.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 534.
22. Число аборт за отчетный год – 31.
23. Число внебольничных абортов – 3.
24. Число всех жалоб – 78.
25. Число обоснованных жалоб – 27.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 2744.

#### ***ВАРИАНТ № 9***

1. Средняя численность женского населения – 24210.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21716.
3. Число фактически осмотренных женщин – 21675.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21675.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 10562.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 376.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 28.
8. Число женщин фертильного возраста – 11899.

9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 4372.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 4372.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 34.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5066.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 86.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 616.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 638.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 697.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 86.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 692.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 8261.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 627.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 674.
22. Число аборт за отчетный год – 65.
23. Число внебольничных абортов – 4.
24. Число всех жалоб – 39.
25. Число обоснованных жалоб – 8.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 3214.

#### ***ВАРИАНТ № 10***

1. Средняя численность женского населения – 20613.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 20417.
3. Число фактически осмотренных женщин – 20260.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 20260
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 9614
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 235.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 34.
8. Число женщин фертильного возраста – 10963.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 3758.

10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 3758.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течение года (ни разу не явившихся) – 13.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 4759.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 104.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 459.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 538.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 566.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 203.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 562.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 7406.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 515.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 554.
22. Число аборт за отчетный год – 47.
23. Число внебольничных абортов – 6.
24. Число всех жалоб – 58.
25. Число обоснованных жалоб – 20.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 2815.

#### ***ВАРИАНТ № 11***

1. Средняя численность женского населения – 4915.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21120.
3. Число фактически осмотренных женщин – 20090.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 20090.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 9865.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 515.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 30.
8. Число женщин фертильного возраста – 12005.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 5025.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 5025.

11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течении года (ни разу не явившихся) – 18.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5980.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 915.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 472.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 515.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 520.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 84.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 510.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 6330.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 419.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 502 .
22. Число аборт за отчетный год – 91.
23. Число внебольничных абортов – 4.
24. Число всех жалоб – 67.
25. Число обоснованных жалоб – 10.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 4972.

#### ***ВАРИАНТ № 12***

1. Средняя численность женского населения – 22635.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21430.
3. Число фактически осмотренных женщин – 21275.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21275.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 10636.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 3568.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 56.
8. Число женщин фертильного возраста – 11978.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 4790.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 4790.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течении года (ни разу не явившихся) – 32.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5782.

13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 104.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 482.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 528.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 551.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 62.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 544.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 6738.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 475.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 548.
22. Число абортот за отчетный год – 69.
23. Число внебольничных абортов – 1.
24. Число всех жалоб – 74.
25. Число обоснованных жалоб – 8.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 4176.

### ***ВАРИАНТ № 13***

1. Средняя численность женского населения – 22635.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21428.
3. Число фактически осмотренных женщин – 21272.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21272.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 10626.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 334.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 42.
8. Число женщин фертильного возраста – 11974.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 4766.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 4766.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течении года (ни разу не явившихся) – 24.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5871.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 112.

14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 501.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 529.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 562.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 52.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 554.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 7197.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 478.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 556.
22. Число аборт за отчетный год – 76.
23. Число внебольничных абортов – 2.
24. Число всех жалоб – 88.
25. Число обоснованных жалоб – 18
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 3416.

#### ***ВАРИАНТ № 14***

1. Средняя численность женского населения – 25310.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 22820.
3. Число фактически осмотренных женщин – 21702.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21702 .
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 11574.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 534.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 36.
8. Число женщин фертильного возраста – 12025.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 6004.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 6004.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течении года (ни разу не явившихся) – 16.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 6968.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 118.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 417.

15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 436.
16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 498.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 46.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 494.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 6824.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 452.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 476.
22. Число аборт за отчетный год – 42.
23. Число внебольничных абортов – 1.
24. Число всех жалоб – 84.
25. Число обоснованных жалоб – 16.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 2916.

#### ***ВАРИАНТ № 15***

1. Средняя численность женского населения – 24216.
2. Число женщин, подлежащих профосмотрам – 21720.
3. Число фактически осмотренных женщин – 21678.
4. Число женщин, у которых взят мазок на онкоцитологию – 21678.
5. Число заболеваний, выявленных при профосмотре – 10564.
6. Число выявленных больных женщин с онкологическими заболеваниями – 378.
7. Число выявленных больных женщин в далеко зашедших стадиях онкологических заболеваний – 26.
8. Число женщин фертильного возраста – 11898.
9. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на конец отчетного года – 4376.
10. Число больных женщин, состоящих на диспансерном учете на начало года – 4376.
11. Число больных женщин, вновь взятых под наблюдение в течении года (ни разу не явившихся) – 32.
12. Число зарегистрированных больных женщин – 5068.
13. Число больных женщин, снятых с диспансерного учета в связи с излечением – 84.
14. Число женщин, поступивших под наблюдение со сроком беременности до 12 недель – 618.
15. Число беременных, поступивших под наблюдение в отчетном году – 636.

16. Число беременных, состоящих под наблюдением в отчетном году – 698.
17. Число женщин, страдающих ранними (поздними) токсикозами – 89.
18. Число женщин, закончивших беременность в отчетном году – 694.
19. Число посещений ЖК беременными, родившими в отчетном году – 8278.
20. Число женщин, родивших в отчетном году – 628.
21. Число беременных женщин, осмотренных терапевтом – 675.
22. Число абортотв за отчетный год – 66.
23. Число внебольничных абортов – 0.
24. Число всех жалоб – 42.
25. Число обоснованных жалоб – 2.
26. Число женщин, состоящих на учете с ВМК – 3217.

## **12. Индивидуальные задания по расчету и анализу показателей деятельности родильного дома N региона**

1. На основании приведенных ниже исходных данных типового задания рассчитайте показатели деятельности родильного дома для расчетного года.
2. Проведите сравнительный анализ показателей расчетного года с показателями базисного года, приведенными в типовом задании.
3. Сделайте выводы и разработайте практические предложения по улучшению показателей деятельности родильного дома.

## **ТИПОВОЕ ЗАДАНИЕ**

Для расчета и анализа качественных показателей деятельности родильных домов на основе МКР используются данные «Отчета о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам N региона» (форма № 32).

1. Число женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку к родам – 385.
2. Число проведенных родов – 420.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 89.



4. Число осложнений (заболеваний) у женщин во время беременности или послеродового периода – 56.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильном положении плода) – 68.
6. Число преждевременных родов – 53.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 9.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 98.
9. Число родильниц, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 5.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 52.
11. Родилось детей живыми доношенными – 428.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 10.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 28.
14. Пороки развития плода – 4.
15. Обследовано беременных женщин – 408.
16. Умерло детей на первом году жизни – 7.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 480.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 420.
19. Родилось мертвыми – 5.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 2.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 4.
22. Умерло новорожденных в возрасте 7 – 27 суток – 2.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 3.
24. Умерло беременных, рожениц и родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 1.

## Методики расчета показателей результативности

### 1. Обезболивание родов.

$$\begin{aligned}
 1.1. \quad \text{Частота психопр-} & \quad \text{Число женщин, прошедших} \\
 \text{филактической} & \quad \text{психопрофилактическую под-} \\
 \text{подготовки бере-} & \quad \text{готовку к родам} \\
 \text{менных к родам} & \quad \text{Число проведенных родов} \\
 & \quad \times 100 = \\
 & \quad = \frac{385}{420} \times 100 = 91,67 \%
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 1.2. \quad & \text{Частота медикаментозного обезболивания при родах} = \frac{\text{Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах}}{\text{Число проведенных родов}} \times 100 = \\
 & = \frac{89}{420} \times 100 = 21,19 \%
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 2. \quad & \text{Частота осложнений во время родов или возникновение послеродовых заболеваний у женщин} = \frac{\text{Число осложнений (заболеваний)}}{\text{Число проведенных родов}} \times 100 = \\
 & = \frac{56}{420} \times 100 = 13,33 \%
 \end{aligned}$$

### 3. Патологические роды

$$\begin{aligned}
 3.1. \quad & \text{Частота предлежания плаценты (неправильное положение плода)} = \frac{\text{Число родов при предлежании плаценты (неправильном положении плода)}}{\text{Число проведенных родов}} \times 100 = \\
 & = \frac{68}{420} \times 100 = 16,19 \%
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 4. \quad & \text{Показатель преждевременных родов} = \frac{\text{Число преждевременных родов}}{\text{Число проведенных родов}} \times 100 = \\
 & = \frac{53}{420} \times 100 = 12,62 \%
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 5. \quad & \text{Процентная доля рождения недоношенных детей} = \frac{\text{Число родившихся живыми недоношенных детей}}{\text{Число детей родившихся живыми}} \times 100 = \\
 & = \frac{52}{480} \times 100 = 10,83 \%
 \end{aligned}$$

6. Заболеваемость новорожденных в возрасте 0 – 6 суток среди доношенных, (недоношенных)  $= \frac{\text{Число случаев заболеваний среди доношенных (недоношенных) новорожденных в возрасте 0 – 6 суток}}{\text{Число доношенных (недоношенных) детей, родившихся живыми}} \times 1000 =$   
 $= \frac{10}{428} \times 1000 = 23,36 \text{ ‰}$
7. Выявляемость пороков развития плода  $= \frac{\text{Число случаев выявления пороков развития плода}}{\text{Число обследованных беременных}} \times 1000 =$   
 $= \frac{4}{408} \times 1000 = 9,80 \text{ ‰}$
8. Показатель мертворожденности  $= \frac{\text{Число мертворожденных детей}}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми за год}} \times 100 =$   
 $= \frac{5}{480+5} \times 100 = 1,03 \%$

## Методика расчета показателей дефектов

### 1. Послеродовая заболеваемость

$$\begin{aligned} 1.1. \quad \text{Частота осложнений в послеоперационном периоде} &= \frac{\text{Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение}}{\text{Число операций кесарево сечение}} \times 100 = \\ &= \frac{9}{98} \times 100 = 9,18 \% \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} 1.2. \quad \text{Частота гнойно-септических осложнений у родильниц} &= \frac{\text{Число родильниц, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическим осложнением}}{\text{Число женщин, родивших в отчетном году}} \times 100 = \\ &= \frac{5}{420} \times 100 = 1,19 \% \end{aligned}$$

### 2. Показатель младенческой смертности

$$\begin{aligned} 2.1. \quad \text{Показатель младенческой смертности} &= \frac{\text{Число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{2/3 \text{ детей, родившихся живыми в расчетном году} + 1/3 \text{ детей, родившихся живыми в базисном году}} \times 1000 = \\ &= \frac{7}{2/3 \times 480 + 1/3 \times 420} \times 1000 = 15,22 \text{ ‰} \end{aligned}$$

2.2.	Показатель младенческой смертности	$= \frac{\text{Число детей, умерших на 1-ом году жизни}}{4/5 \text{ детей, родившихся живыми в расчетном году} + 1/5 \text{ детей, родившихся живыми в базисном, году}} \times 1000 =$ $= \frac{7}{4/5 \cdot 480 + 1/5 \cdot 420} \times 1000 = 14,96 \text{ ‰}$
3.	Перинатальная смертность	$= \frac{\text{Число мертворожденных + Число умерших новорожденных в возрасте 0 – 6 суток}}{\text{Число детей, родившихся живыми и мертвыми за год}} \times 1000 =$ $= \frac{5 + 2}{480 + 5} \times 1000 = 14,43 \text{ ‰}$
4.	Неонатальная смертность	$= \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0 – 27 суток}}{\text{Число детей, родившихся живыми за год}} \times 1000 =$ $= \frac{4}{480} \times 1000 = 8,33 \text{ ‰}$
5.	Ранняя неонатальная смертность	$= \frac{\text{Число детей, умерших в возрасте 0 – 6 суток}}{\text{Число детей, родившихся живыми за год}} \times 1000 =$ $= \frac{2}{480} \times 100 = 4,17 \text{ ‰}$

6.	Поздняя неонатальная смертность	$= \frac{\text{Число детей, умерших в воз-расте от 7 – 27 суток}}{\text{Число детей родившихся жи-выми за год – Число детей,умерших в возрасте 0 – 6 суток}} \times 1000 =$ $= \frac{2}{480 - 2} \times 1000 = 4,18 \text{ ‰}$
7.	Постнеонатальная смертность	$= \frac{\text{Число детей, умерших в воз-расте от 28 суток до года}}{\text{Число детей, родившихся жи-выми за год – Число детейумерших в возрасте 0 – 27 су-ток}} \times 1000 =$ $= \frac{1}{480 - 4} \times 1000 = 6,30 \text{ ‰}$
8.	Показатель мате- ринской смертно- сти	$= \frac{\text{Число умерших беремен-ных, рожениц, родильниц вовремя беременности и в те-чение 42 дней после родов}}{\text{Число детей родившихсяживыми}} \times 100000 =$ $= \frac{1}{480} \times 100000 = 208,33 \text{ ‰}_{0000}$

### Показатели деятельности родильных домов N региона в базисном году

#### Показатели результативности

1. Частота психопрофилактической подготовки беременных к родам – 96 %.
2. Частота медикаментозного обезболивания при родах – 35 %.
3. Частота осложнений (заболеваний) во время родов или возникновение послеродовых заболеваний у женщин – 8 %.
4. Частота предлежания плаценты (неправильное положение плода) – 10 %.
5. Показатель преждевременных родов – 3 %.
6. Процентная доля недоношенных детей – 4 %.

7. Заболеваемость новорожденных в возрасте 0 – 6 суток среди доношенных (недоношенных) – 15 ‰ (98 ‰).
8. Выявляемость пороков развития плода – 10 ‰.
9. Показатель мертворождаемости – 1,9 %.

#### **Показатели дефектов**

1. Частота осложнений в послеоперационном периоде – 0,01 %.
2. Частота гнойно-септических осложнений у родильниц – 0 %.
3. Показатель младенческой смертности – 5,2 ‰.
4. Перинатальная смертность – 7,3 ‰.
5. Неонатальная смертность – 3,1 ‰.
6. Ранняя неонатальная смертность – 2,0 ‰.
7. Поздняя неонатальная смертность – 1,1 ‰.
8. Постнеонатальная смертность – 1 ‰.
9. Показатель материнской смертности – 5,8 ‰.

**Выводы по анализу показателей деятельности родильного дома N региона в расчетном году по сравнению с базисным.**

#### **Показатели результативности**

1. Частота психопрофилактической подготовки беременных к родам снизилась на 4,3 % – динамика показателя отрицательная.
2. Частота медикаментозного обезболивания при родах – снизилась на 13,8 % – динамика показателя позитивная.
3. Частота осложнений (заболеваний) во время родов или возникновение послеродовых заболеваний у женщин увеличилась на 5,3 % – динамика показателя отрицательная.
4. Частота предлежания плаценты (неправильное положение плода) повысилась на 6,2 % – динамика показателя отрицательная.
5. Показатель преждевременных родов повысился на 9,6 % – динамика показателя отрицательная.
6. Процентная доля рождения недоношенных детей возросла на 6,8 % – динамика показателя отрицательная.
7. Заболеваемость новорожденных в возрасте (0-6) суток среди доношенных детей возросла на 8,4 % – динамика показателя отрицательная.
8. Выявляемость пороков развития плода – увеличилась на 0,2 ‰ – динамика показателя положительная.
9. Показатель мертворождаемости снизился на 0,9 % – динамика показателя положительная.

### **Показатели дефектов**

1. Частота осложнений в послеоперационном периоде возросла на 9,2 % – динамика показателя отрицательная.
2. Частота гнойно-септических осложнений у родильниц увеличилась на 1,2 % – динамика показателя отрицательная.
3. Показатель младенческой смертности возрос на 0,2 ‰ – динамика показателя отрицательная.
4. Показатель перинатальной смертности увеличился на 7,1 ‰ – динамика показателя отрицательная.
5. Неонатальная смертность увеличилась на 5,2 ‰ – динамика показателя отрицательная.
6. Ранняя неонатальная смертность возросла на 2,2 ‰ – динамика показателя отрицательная.
7. Поздняя неонатальная смертность возросла на 3,1 ‰ – динамика показателя отрицательная.
8. Постнеонатальная смертность возросла на 5,3 ‰ – динамика показателя отрицательная.
9. Показатель материнской смертности повысился на 150,3 ‰ – динамика показателя отрицательная.

### **Выводы по организации работы родильного дома.**

В работе родильного дома прослеживаются следующие отрицательные тенденции: рост патологических родов– повышение частоты осложнений (заболеваний) во время родов или возникновение послеродовых заболеваний у женщин; увеличение частоты предлежания плаценты (неправильное положение плода); увеличение частоты преждевременных родов.

Как следствие вышеперечисленного, повысилась процентная доля недоношенных детей; выросла заболеваемость новорожденных в возрасте (0-6) суток среди доношенных; увеличилась частота осложнений в послеоперационном периоде и частота гнойно-септических осложнений у родильниц, показатель материнской смертности. Повысились показатели, характеризующие смертность детского населения: показатель младенческой смертности, перинатальной смертности, неонатальной смертности, ранней и поздней неонатальной смертности, постнеонатальной смертности.

Однако, следует отметить, снижение показателя мертворождаемости.

**Предложения по улучшению показателей деятельности родильного дома:** улучшить качество диспансерного наблюдения за беременными женщинами в течение всего периода беременности, уделить



достаточное внимание проведению психопрофилактической подготовки беременных женщин к родам, осуществлять своевременную госпитализацию беременных женщин для осуществления планового родоразрешения, повысить качество оказания медицинской помощи родильницам и родившимся детям в период их пребывания в родильном доме.

**Варианты индивидуальных заданий  
для расчета и анализа качественных показателей деятельности  
родильного дома на основе МКР**

***ВАРИАНТ № 1***

1. Число женщин, прошедших психопрофилактическую подготовку к родам – 460.
2. Число проведенных родов – 485.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 102.
4. Число осложнений (заболеваний) у женщин во время беременности или послеродового периода – 49.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильном положении плода) – 61.
6. Число преждевременных родов – 59.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 3.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 62.
9. Число родильниц, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 8.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 40.
11. Родилось детей живыми доношенными – 430.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 9.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 11.
14. Пороки развития плода – 6.
15. Обследовано беременных женщин – 458.
16. Умерло детей на первом году жизни – 6.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 470.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 490.
19. Родилось мертвыми – 6.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 1.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 2.
22. Умерло новорожденных в возрасте от 7 – 27 суток – 1.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 4.

24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 2.

### ***ВАРИАНТ № 2***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 580.
2. Число родов – 589.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 290.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 39.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 51.
6. Число преждевременных родов – 68.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 7.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 76.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 6.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 52.
11. Родилось детей живыми доношенными – 560.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 32.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 48.
14. Пороки развития плода – 9.
15. Обследовано беременных женщин – 578.
16. Умерло детей на первом году жизни – 8.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 612.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 610.
19. Родилось мертвыми – 8.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 4.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 6.
22. Умерло новорожденных в возрасте 7 – 27 суток – 2.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 2.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 3.

### ***ВАРИАНТ № 3***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 520.
2. Число родов – 569.

3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 197.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 39.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 23.
6. Число преждевременных родов – 58.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 2.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 57.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 4.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 32.
11. Родилось детей живыми доношенными – 570.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 12.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 38.
14. Пороки развития плода – 12.
15. Обследовано беременных женщин – 558.
16. Умерло детей на первом году жизни – 5.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 602.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 620.
19. Родилось мертвыми – 6.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 2.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 3.
22. Умерло новорожденных в возрасте от 7 – 27 суток – 1.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 2.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 2.

#### ***ВАРИАНТ № 4***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 386.
2. Число родов – 400.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 90.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 19.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 21.
6. Число преждевременных родов – 48.

7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 3.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 56.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 3.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 22.
11. Родилось детей живыми доношенными – 414.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 12.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 26.
14. Пороки развития плода – 4.
15. Обследовано беременных женщин – 398.
16. Умерло детей на первом году жизни – 4.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 436.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 410.
19. Родилось мертвыми – 5.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 0.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 2.
22. Умерло новорожденных в возрасте от 7 – 27 суток – 2.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 2.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 1.

#### ***ВАРИАНТ № 5***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 762.
2. Число родов – 789.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 290.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 49.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 45.
6. Число преждевременных родов – 56.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 4.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 73.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 5.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 65.
11. Родилось детей живыми доношенными – 754.

12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 32.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 56.
14. Пороки развития плода – 12.
15. Обследовано беременных женщин – 698.
16. Умерло детей на первом году жизни – 8.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 819.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 760.
19. Родилось мертвыми – 6.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 3.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 4.
22. Умерло новорожденных в возрасте от 7 – 27 суток – 1.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 4.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 3.

#### ***ВАРИАНТ № 6***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 396.
2. Число родов – 417.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 98.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 6.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 25.
6. Число преждевременных родов – 36.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 2.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 33.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 2.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 15.
11. Родилось детей живыми доношенными – 406.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 6.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 16.
14. Пороки развития плода – 2.
15. Обследовано беременных женщин – 398.
16. Умерло детей на первом году жизни – 2.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 421.

18. Родилось детей живыми в базисном году – 405.
19. Родилось мертвыми – 6.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 1.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 1.
22. Умерло новорожденных в возрасте от 7 – 27 суток – 0.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 1.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 0.

### ***ВАРИАНТ № 7***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 294.
2. Число родов – 310.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 32.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 9.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 6.
6. Число преждевременных родов – 18.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 2.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 26.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 1.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 10.
11. Родилось детей живыми доношенными – 310.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 6.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 16.
14. Пороки развития плода – 5.
15. Обследовано беременных женщин – 298.
16. Умерло детей на первом году жизни – 3.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 320.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 298.
19. Родилось мертвыми – 3.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 1.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 1.
22. Умерло новорожденных в возрасте от 7 – 27 суток – 0.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 2.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 4.

### ***ВАРИАНТ № 8***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 796.
2. Число родов – 824.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 268.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 51.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 35.
6. Число преждевременных родов – 46.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 14.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 68.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 6.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 60.
11. Родилось детей живыми доношенными – 769.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 22.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 36.
14. Пороки развития плода – 9.
15. Обследовано беременных женщин – 798.
16. Умерло детей на первом году жизни – 10.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 829.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 840.
19. Родилось мертвыми – 17.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 6.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 8.
22. Умерло новорожденных в возрасте от 7 – 27 суток – 2.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 2.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 3.

### ***ВАРИАНТ № 9***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 486.
2. Число родов – 515.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 102.

4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 9.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 11.
6. Число преждевременных родов – 36.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 3.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 46.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 4.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 38.
11. Родилось детей живыми доношенными – 482.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 32.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 46.
14. Пороки развития плода – 14.
15. Обследовано беременных женщин – 498.
16. Умерло детей на первом году жизни – 7.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 520.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 536.
19. Родилось мертвыми – 16.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 4.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 5.
22. Умерло новорожденных в возрасте от 7 – 27 суток – 1.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 2.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 2.

#### ***ВАРИАНТ № 10***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 694.
2. Число родов – 727.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 52.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 29.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 28.
6. Число преждевременных родов – 48.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение развилось осложнение – 6.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 76.



9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 8.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 43.
11. Родилось детей живыми доношенными – 689.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 26.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 56.
14. Пороки развития плода – 12.
15. Обследовано беременных женщин – 698.
16. Умерло детей на первом году жизни – 12.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 732.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 699.
19. Родилось мертвыми – 16.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 6.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 10.
22. Умерло новорожденных в возрасте от 7 – 27 суток – 4.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 2.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течение 42 дней после родов – 4.

### ***ВАРИАНТ № 11***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 560.
2. Число родов – 585.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 202.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 69.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 53.
6. Число преждевременных родов – 69.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение осложнение – 8.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 82.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 12.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 60.
11. Родилось детей живыми доношенными – 517.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 11.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 18.

14. Пороки развития плода – 8.
15. Обследовано беременных женщин – 486.
16. Умерло детей на первом году жизни – 12.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 577 .
18. Родилось детей живыми в базисном году – 596.
19. Родилось мертвыми – 8.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 5.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 8.
22. Умерло новорожденных в возрасте 7 – 27 суток – 3.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 4.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течении 42 дней после родов – 3.

### ***ВАРИАНТ № 12***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 540.
2. Число родов – 589.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 196.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 43.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 46.
6. Число преждевременных родов – 54.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение осложнение – 2.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 63.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 6.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 54.
11. Родилось детей живыми доношенными – 533.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 9.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 17.
14. Пороки развития плода – 9.
15. Обследовано беременных женщин – 492.
16. Умерло детей на первом году жизни – 14.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 587.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 574.
19. Родилось мертвыми – 5.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 5.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 9.

22. Умерло новорожденных в возрасте 7 – 27 суток – 4.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 5.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течении 42 дней после родов – 2.

### ***ВАРИАНТ № 13***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 782.
2. Число родов – 794.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 283.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 54.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 32.
6. Число преждевременных родов – 61.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение осложнение – 6.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 74.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 3.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 73.
11. Родилось детей живыми доношенными – 719.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 34.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 45.
14. Пороки развития плода – 11.
15. Обследовано беременных женщин – 704.
16. Умерло детей на первом году жизни – 16.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 792 .
18. Родилось детей живыми в базисном году – 804.
19. Родилось мертвыми – 7.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 6.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 11.
22. Умерло новорожденных в возрасте 7 – 27 суток – 5.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 5.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течении 42 дней после родов – 1.

### ***ВАРИАНТ № 14***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 394.

2. Число родов – 412.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 52.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 12.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 18.
6. Число преждевременных родов – 23.
7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение осложнение – 3.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 44.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 2.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 13.
11. Родилось детей живыми доношенными – 398.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 12.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 7.
14. Пороки развития плода – 6.
15. Обследовано беременных женщин – 374.
16. Умерло детей на первом году жизни – 7.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 411.
18. Родилось детей живыми в базисном году – 427.
19. Родилось мертвыми – 5.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 2.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 4.
22. Умерло новорожденных в возрасте 7 – 27 суток – 2.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 3.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течении 42 дней после родов – 0.

#### ***ВАРИАНТ № 15***

1. Женщины, прошедшие психопрофилактическую подготовку к родам – 484.
2. Число родов – 513.
3. Число женщин, которым проводилось медикаментозное обезболивание при родах – 97.
4. Осложнения (заболевания) у женщин во время беременности или послеродового периода – 7.
5. Число родов при предлежании плаценты (неправильное положение плода) – 9.
6. Число преждевременных родов – 34.

7. Число женщин, у которых после операции кесарево сечение осложнение – 3.
8. Число операций кесарево сечение за отчетный год – 48.
9. Родильницы, у которых течение послеродового периода осложнилось гнойно-септическими осложнениями – 5.
10. Родилось детей живыми недоношенными – 39.
11. Родилось детей живыми доношенными – 473.
12. Случаи заболеваний у доношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 15.
13. Случаи заболеваний у недоношенных детей в возрасте 0 – 6 суток – 24.
14. Пороки развития плода – 13.
15. Обследовано беременных женщин – 483.
16. Умерло детей на первом году жизни – 8.
17. Родилось детей живыми в расчетном году – 512 .
18. Родилось детей живыми в базисном году – 517.
19. Родилось мертвыми – 7.
20. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 6 суток – 3.
21. Умерло новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 5.
22. Умерло новорожденных в возрасте 7 – 27 суток – 2.
23. Умерло детей от 28 суток до года – 3.
24. Умерло беременных, рожениц, родильниц во время беременности и в течении 42 дней после родов – 1.

### **13. Индивидуальные задания по расчету и анализу показателей деятельности детской поликлиники N региона**

1. На основании приведенных ниже исходных данных типового задания рассчитайте показатели деятельности детской поликлиники для расчетного года.
2. Проведите сравнительный анализ показателей расчетного года с показателями базисного года, приведенными в типовом задании.
3. Сделайте выводы и разработайте практические предложения по улучшению показателей деятельности детской поликлиники.

### **ТИПОВОЕ ЗАДАНИЕ**

Для расчета и анализа качественных показателей деятельности детских поликлиник на основе МКР используются данные «Отчета о деятельности детских поликлиник N региона» (форма № 31).

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
    ≡ (0 – 17 лет) – 13740;  
    ≡ в возрасте до года – 562.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
    ≡ (0 – 17 лет) – 14100;  
    ≡ в возрасте до года – 602.
3. Число педиатрических участков в ДП – 20.
4. Число детей от 0 до 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 13610.
5. Число детей от 0 до 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 13610.
6. Число заболеваний у детей от 0 до 17 лет, выявленных при профосмотрах – 8610.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 431.
8. Число детей, поступивших под наблюдение ДП и осмотренных врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 417.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 28.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 223.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 576.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 296.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 358.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 13652.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13740.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 1810.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 3.
18. Число детей, родившихся в расчетном году и поступивших под наблюдение ДП – 417.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 8.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 21.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 11810.

## Методики расчета показателей результативности

### 1. Характеристика детского населения в районе деятельности поликлиники:

- 1.1. Средняя численность детей от 0 – 17 лет, обслуживаемых детской поликлиникой
- $$= \frac{\text{Число детей, состоящих на учете на начало отчетного года} + \text{Число детей, состоящих на учете на конец отчетного года}}{2} =$$
- $$= \frac{13740 + 14100}{2} = 13920 \text{ детей}$$
- 1.2. Средняя численность детей в возрасте до 1 года, обслуживаемых детской поликлиникой
- $$= \frac{\text{Число детей, в возрасте до года, состоящих на учете на начало расчетного года} + \text{Число детей, в возрасте до года, состоящих на учете на конец расчетного года}}{2} =$$
- $$= \frac{562 + 602}{2} = 582 \text{ ребенка}$$
- 1.3. Возрастной состав детей на конец года (1 год, 2 года)
- $$= \frac{\text{Число детей данной возрастной группы (1 год, 2 года), состоящих на учете в ДП}}{\text{Число детей, в возрасте 0 – 17 лет состоящих на учете в ДП}} \times 100 =$$
- $$= \frac{582}{13920} \times 100 = 4,18 \%$$
- 1.4. Среднее число детей 0 – 17 лет на одном участке
- $$= \frac{\text{Средняя численность детей в возрасте 0 – 17 лет, обслуживаемых поликлиникой}}{\text{Число педиатрических участков}} =$$
- $$= \frac{13920}{20} = 696 \text{ детей}$$

$$\begin{aligned}
 1.5 \quad \text{Среднее число детей первого года жизни на участке} &= \frac{\text{Число детей в возрасте до 1 года}}{\text{Число педиатрических участков}} = \\
 &= \frac{582}{20} = 29 \text{ детей}
 \end{aligned}$$

## 2. Профилактическая работа

$$\begin{aligned}
 2.1. \quad \text{Полнота охвата детей профилактическими осмотрами в возрасте 0 – 17 лет} &= \frac{\text{Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью}}{\text{Число детей, подлежащих профилактическим осмотрам}} \times 100 = \\
 &= \frac{13610}{13610} \times 100 = 100 \%
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 2.2. \quad \text{Частота выявленных заболеваний у детей в возрасте 0 – 17 лет при проведении профилактических осмотров} &= \frac{\text{Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах}}{\text{Число детей, прошедших профилактический осмотр}} \times 100 = \\
 &= \frac{8610}{13610} \times 100 = 63,26 \%
 \end{aligned}$$

## 3. Наблюдение за новорожденными и детьми первых лет жизни

$$\begin{aligned}
 3.1. \quad \text{Ранний охват детей наблюдением врача} &= \frac{\text{Число новорожденных поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома}}{\text{Число детей до года жизни, поступивших под наблюдение ДП}} \times 100 = \\
 &= \frac{417}{431} \times 100 = 96,75 \%
 \end{aligned}$$



3.2.	Распределение новорожденных по группам здоровья (I, II, III)	$= \frac{\text{Число новорожденных I гр. здоровья (II, III)}}{\text{Общее число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП}} \times 100 =$ $= \frac{223}{431} \times 100 = 51,74 \%$
3.3.	Распределение детей, достигших 1 года жизни по группам здоровья (I, II, III)	$= \frac{\text{Число детей первого года жизни I гр. здоровья (II, III)}}{\text{Число детей, достигших 1 года}} \times 100 =$ $= \frac{296}{582} \times 100 = 50,86 \%$
3.4.	Систематичность наблюдения врачом детей	$= \frac{\text{Число детей до 1 года, (2 лет) жизни, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов}}{\text{Число детей, достигших в отчетном году 1 года (2 лет)}} \times 100 =$ $= \frac{576}{582} \times 100 = 98,97 \%$
3.5.	Частота грудного вскармливания новорожденных	$= \frac{\text{Число детей от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании}}{\text{Число детей, достигших в отчетном году 1 года}} \times 100 =$ $= \frac{358}{582} \times 100 = 61,51 \%$

$$\begin{aligned}
 3.6. \quad & \text{Полнота охвата профилактическими прививками детей 0 – 17 лет} \\
 &= \frac{\text{Число детей, охваченных профилактическими прививками}}{\text{Число детей, подлежащих иммунизации}} \times 100 = \\
 &= \frac{13652}{13740} \times 100 = 99,36 \%
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 3.7. \quad & \text{Частота ни разу не болевших детей ("индекс здоровья")} \\
 &= \frac{\text{Число ни разу не болевших детей на первом году жизни}}{\text{Число детей, достигших года жизни в отчетном году}} \times 100 = \\
 &= \frac{296}{582} \times 100 = 50,86 \%
 \end{aligned}$$

### Методика расчета показателей дефектов

$$\begin{aligned}
 1. \quad & \text{Заболеваемость новорожденных в возрасте 0 – 27 суток} \\
 &= \frac{\text{Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток}}{\text{Число детей родившихся живыми}} \times 1000 = \\
 &= \frac{28}{417} \times 1000 = 67,15 ‰
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 2. \quad & \text{Заболеваемость детей 1 года жизни} \\
 &= \frac{\text{Выявлено заболеваний всего у детей 1 года жизни (по нозологическим формам)}}{\text{Средняя численность детей, достигших 1 года жизни}} \times 1000 = \\
 &= \frac{1810}{582} \times 1000 = 3110,0 ‰
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 3. \quad & \text{Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет} = \frac{\text{Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год}}{\text{Число детей, родившихся живыми за год}} \times 1000 = \\
 & = \frac{8}{417} \times 1000 = 19,18 \text{ ‰}
 \end{aligned}$$

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет выбран ЮНИСЕФ как особый, наиболее важный показатель положения детей в различных государствах, как индикатор благополучия детского населения.

$$\begin{aligned}
 4. \quad & \text{Показатель смертности детей от 1 года до 15 лет} = \frac{\text{Число детей в возрасте от 1 года до 15 лет, умерших в течение года}}{\text{Среднегодовая численность детей в возрасте от 1 года до 15 лет}} \times 10000 = \\
 & = \frac{21}{11810} \times 10000 = 1,78 \text{ ‰}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 5. \quad & \text{Первичный выход детей 0 – 17 лет на инвалидность} = \frac{\text{Число случаев первичного установления инвалидности у детей 0 – 17 лет}}{\text{Среднегодовая численность детей 0 – 17 лет}} \times 10000 = \\
 & = \frac{3}{13920} \times 10000 = 2,16 \text{ ‰}
 \end{aligned}$$

### Показатели деятельности детской поликлиники N региона в базисном году

#### Показатели результативности

1. Характеристика детского населения в районе деятельности поликлиники.

1.1. Средняя численность детей в возрасте 0 – 17 лет, обслуживаемых детской поликлиникой – 14100.

1.2. Средняя численность детей в возрасте до года, обслуживаемых детской поликлиникой – 600.

1.3. Возрастной состав детей (1 года, 2 лет) на конец года – 5,1 %.

1.4. Среднее число детей от 0 до 17 лет на одном участке – 680.

1.5. Среднее число детей первого года жизни на участке – 35.

2. Профилактическая работа.

2.1. Полнота охвата детей от 0 до 17 лет профилактическими осмотрами – 100 %.

2.2. Частота выявленных заболеваний при профилактических осмотрах у детей от (0 до 17 лет) – 60 %.

3. Наблюдение за новорожденными и детьми первых лет жизни.

3.1. Ранний охват детей наблюдением врача – 100 %.

3.2. Распределение новорожденных по группам здоровья (I, II, III) – 60 %.

3.3. Распределение детей, достигших 1 года жизни по группам здоровья (I, II, III) – 50 %.

3.4. Систематичность наблюдения врачом детей – 100 %.

3.5 Частота грудного вскармливания новорожденных – 75 %.

3.6 Полнота охвата профилактическими прививками детей от 0 до 17 лет – 100 %.

3.7 Частота ни разу не болевших детей ("индекс здоровья") – 60 %.

### **Показатели дефектов**

1. Заболеваемость новорожденных в возрасте 0 – 27 суток – 50 ‰.

2. Заболеваемость детей 1 года жизни – 2000 ‰.

3. Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет – 10 ‰.

4. Показатель смертности детей от 1 года до 15 лет – 15 ‰.

5. Первичный выход на инвалидность детей от до 17 лет – 14 ‰.

**Выводы по анализу показателей деятельности детской поликлиники N региона в расчетном году по сравнению с базисным.**

### **Показатели результативности**

1. Характеристика детского населения в районе деятельности поликлиники.

1.1. Средняя численность детей в возрасте от 0 – 17 лет, обслуживаемых детской поликлиникой снизилась на 180 детей.

1.2. Средняя численность детей в возрасте до года, обслуживаемых детской поликлиникой снизилась на 18 детей.

1.3. Возрастной состав детей 1 года жизни на конец года уменьшился на 0,9 %.

- 1.4. Среднее число детей от 0 до 17 лет на одном участке увеличилось на 16 детей.
- 1.5. Среднее число детей первого года жизни на участке уменьшилось на 6 детей.
2. Профилактическая работа.
  - 2.1. Полнота охвата детей от 0 до 17 лет профилактическими осмотрами остается на уровне 100 %.
  - 2.2. Частота выявленных заболеваний при профилактических осмотрах у детей от 0 до 17 лет возросла на 3,3 % – динамика показателя отрицательная.
3. Наблюдение за новорожденными и детьми первых лет жизни.
  - 3.1. Ранний охват детей наблюдением врача снизился на 13,3 % – динамика показателя отрицательная.
  - 3.2. Снизилось число новорожденных с 1 группы здоровья на 8,3 % – динамика показателя отрицательная.
  - 3.3. Однако, число детей, достигших 1 года жизни с 1 группой здоровья выросло на 0,9 % (I, II, III) – динамика показателя положительная.
  - 3.4. Систематичность наблюдения врачом детей уменьшилась на 1,0 % – динамика показателя отрицательная.
  - 3.5. Частота грудного вскармливания новорожденных снизилась на 13,5 % – динамика показателя отрицательная.
  - 3.6. Полнота охвата профилактическими прививками детей от 0 до 17 лет снизилась на 0,6 % – динамика показателя отрицательная.
  - 3.7. Частота ни разу не болевших детей («индекс здоровья») уменьшился на 9,1 % – динамика показателя отрицательная.

### **Показатели дефектов**

1. Заболеваемость новорожденных в возрасте 0 – 27 суток возросла на 17,2 ‰ – динамика показателя отрицательная.
2. Заболеваемость детей 1 года жизни повысилась на 1110,0 ‰ – динамика показателя отрицательная.
3. Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет возрос на 9,2 ‰ – динамика показателя отрицательная.
4. Показатель смертности детей от 1 года до 15 лет снизился на 13,2 ‰ – динамика показателя положительная.
5. Первичный выход на инвалидность детей от 0 до 17 лет снизился на 11,8 ‰ – динамика показателя положительная.

### **Выводы по организации работы детской поликлиники.**

Необходимо в первую очередь, обратить внимание на выполнение показателей Национальной программы демографической безопасности Республики Беларусь в плане повышения показателей рождаемости и, соответственно, увеличения численности детского населения, обслуживаемого детской поликлиникой.

В этой связи, необходимо повысить ранний охват детей наблюдением врача; увеличить удельный вес детей I группы здоровья, в том числе, детей I группы здоровья, достигших 1 года жизни; систематичность наблюдения врачом; частоту грудного вскармливания новорожденных; полноту охвата профилактическими прививками детей и число ни разу не болевших детей.

Необходимо так же проводить мероприятия по снижению показателей дефектов: заболеваемость новорожденных в возрасте 0 – 27 суток, заболеваемость детей 1 года жизни и коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет.

### ***ВАРИАНТ № 1***

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
    ♂ (0 – 17 лет) – 13620;  
    ♀ в возрасте до года – 550.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
    ♂ (0 – 17 лет) – 13910;  
    ♀ в возрасте до года – 510.
3. Число педиатрических участков в ДП – 18.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 13400.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 13500.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 7560.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 425.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 420.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 32.
10. Число новорожденных I группы здоровья – 250.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 500.
12. Число детей первого года жизни I группы здоровья – 280.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 386.

14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 13620.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13810.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 998.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 8.
18. Число детей, родившихся в данном году – 420.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 10.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 18.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 12560.

### ***ВАРИАНТ № 2***

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
 $\frac{\text{м}}{\text{г}}$  (0 – 17 лет) – 12500;  
 $\frac{\text{м}}{\text{г}}$  в возрасте до года – 430.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
 $\frac{\text{м}}{\text{г}}$  (0 – 17 лет) – 124800;  
 $\frac{\text{м}}{\text{г}}$  в возрасте до года – 420.
3. Число педиатрических участков в ДП – 16.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 12380.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 12400.
6. Число заболеваний у детей от 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 8670.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 400.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 398.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 30.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 290.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 400.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 210.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 228.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 13400.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13510.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 866.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 9.
18. Число детей, родившихся в данном году – 398.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 12.

20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 16.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 11310.

### **ВАРИАНТ № 3**

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
     $\frac{\text{г}}{\text{г}}$  (0 – 17 лет) – 12600;  
     $\frac{\text{г}}{\text{г}}$  в возрасте до года – 440.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
     $\frac{\text{г}}{\text{г}}$  (0 – 17 лет) – 12470;  
     $\frac{\text{г}}{\text{г}}$  в возрасте до года – 425.
3. Число педиатрических участков в ДП – 17.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 12370.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 12420.
6. Число заболеваний у детей от 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 8740.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 420.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 388.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 26.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 295.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 406.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 419.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 267.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 300.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13410.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 876.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 6.
18. Число детей, родившихся в данном году – 399.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 11.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 15.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 11330.

### **ВАРИАНТ № 4**

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
     $\frac{\text{г}}{\text{г}}$  (0 – 17 лет) – 13580;



- $\frac{\text{羊}}$  в возрасте до года – 560.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
     $\frac{\text{羊}}$  (0 – 17 лет) – 13810;  
     $\frac{\text{羊}}$  в возрасте до года – 580.
3. Число педиатрических участков в ДП – 21.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 13210.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 13400.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 7620.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 470.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из стационара – 462.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 38.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 296.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 550.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 320.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 343.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 13500.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13510.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 929.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 6.
18. Число детей, родившихся в данном году – 396.
19. Число детей в возрасте 5 лет, умерших за год – 8.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 15.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 12010.

### **ВАРИАНТ № 5**

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
     $\frac{\text{羊}}$  (0 – 17 лет) – 16400;  
     $\frac{\text{羊}}$  в возрасте до года – 620.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
     $\frac{\text{羊}}$  (0 – 17 лет) – 16140;  
     $\frac{\text{羊}}$  в возрасте до года – 610.
3. Число педиатрических участков в ДП – 22.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 14710.

5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 14810.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 7426.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 520.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 500.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 32.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 289.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 498.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 330.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 268.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 12800.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13000.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 1236.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 5.
18. Число детей, родившихся в данном году – 500.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 9.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 14.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 14740.

#### **ВАРИАНТ № 6**

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
 $\frac{1}{2}$  (0 – 17 лет) – 13640;  
 $\frac{1}{2}$  в возрасте до года – 560.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
 $\frac{1}{2}$  (0 – 17 лет) – 14000;  
 $\frac{1}{2}$  в возрасте до года – 600.
3. Число педиатрических участков в ДП – 20.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 13502.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 13510.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 8710.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 439.

8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 430.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 24.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 228.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 562.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 290.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 350.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 15210.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 15306.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 1169.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 10.
18. Число детей, родившихся в данном году – 430.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 15.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 21.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 11440.

#### ***ВАРИАНТ № 7***

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
     $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  (0 – 17 лет) – 13420;  
     $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  в возрасте до года – 540.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
     $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  (0 – 17 лет) – 13600;  
     $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  в возрасте до года – 512.
3. Число педиатрических участков в ДП – 18.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 12290.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 12310.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 6200.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 380.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 369.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 28.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 262.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 360.

12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 284.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 290.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 13690.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13720.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 1248.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 4.
18. Число детей, родившихся в данном году – 369.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 14.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 18.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 11220.

### ***ВАРИАНТ № 8***

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
 $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  (0 – 17 лет) – 16010;  
 $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  в возрасте до года – 610.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
 $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  (0 – 17 лет) – 15900;  
 $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  в возрасте до года – 582.
3. Число педиатрических участков в ДП – 22.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 13890.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 13910.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 8361.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 530.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 510.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 36.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 276.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 472.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 324.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 370.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 13320.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13410.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 1328.

17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 6.
18. Число детей, родившихся в данном году – 510.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 12.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 16.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 13160.

### **ВАРИАНТ № 9**

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
 $\frac{1}{2}$  (0 – 17 лет) – 13400;  
 $\frac{1}{2}$  в возрасте до года – 410.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
 $\frac{1}{2}$  (0 – 17 лет) – 13200;  
 $\frac{1}{2}$  в возрасте до года – 400.
3. Число педиатрических участков в ДП – 15.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 12716.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 12806.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 6368.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 398.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 396.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 25.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 288.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 388.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 292.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 256.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 13500.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13510.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 929.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 5.
18. Число детей, родившихся в данном году – 396.
19. Число детей в возрасте 5 лет, умерших за год – 8.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 15.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 12010.

### **ВАРИАНТ № 10**

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
     $\frac{\text{ру}}$  (0 – 17 лет) – 15600;  
     $\frac{\text{ру}}$  в возрасте до года – 590.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
     $\frac{\text{ру}}$  (0 – 17 лет) – 15420;  
     $\frac{\text{ру}}$  в возрасте до года – 460.
3. Число педиатрических участков в ДП – 20.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 13800.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 13890.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 6898.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 488.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 480.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 20.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 210.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 496.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 310.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 250.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 15820.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 16000.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 1010.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 8.
18. Число детей, родившихся в данном году – 480.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 6.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 12.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 12960.

### **ВАРИАНТ № 11**

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
     $\frac{\text{ру}}$  (0 – 17 лет) – 13650;  
     $\frac{\text{ру}}$  в возрасте до года – 562.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
     $\frac{\text{ру}}$  (0 – 17 лет) – 13970;  
     $\frac{\text{ру}}$  в возрасте до года – 530.

3. Число педиатрических участков в ДП – 19.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 13416.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 13521.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 7563.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 427.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 421.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 33.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 251.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 511.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 283.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 391.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 13623.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13812.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 1002.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 9.
18. Число детей, родившихся в данном году – 421.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 11.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 19.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 12564.

### ***ВАРИАНТ № 12***

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
 $\frac{1}{2}$  (0 – 17 лет) – 12610;  
 $\frac{1}{2}$  в возрасте до года – 445.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
 $\frac{1}{2}$  (0 – 17 лет) – 12480;  
 $\frac{1}{2}$  в возрасте до года – 430.
3. Число педиатрических участков в ДП – 17.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 12375.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 12430.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 8742.

7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 423.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 390.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 26.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 297.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 408.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 421.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 269.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 302.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13412.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 878.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 6.
18. Число детей, родившихся в данном году – 401.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 10.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 16
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 11335.

### ***ВАРИАНТ № 13***

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
 $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  (0 – 17 лет) – 16410;  
 $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  в возрасте до года – 625.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
 $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  (0 – 17 лет) – 16380;  
 $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  в возрасте до года – 615.
3. Число педиатрических участков в ДП – 22.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 14720.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 14815.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 7428.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 523.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 502.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 33.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 291.



11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 503.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 336.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 273.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 12810.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13015.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 1238.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 6.
18. Число детей, родившихся в данном году – 502.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 10.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 15.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 14750.

#### ***ВАРИАНТ № 14***

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
    ≠ (0 – 17 лет) – 13430;  
    ≠ в возрасте до года – 544.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
    ≠ (0 – 17 лет) – 13605;  
    ≠ в возрасте до года – 514.
3. Число педиатрических участков в ДП – 18.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 12294.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 12314.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 6204.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 382.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 371.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 29.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 263.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 365.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 286.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 299.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 13694.

15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 13722.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 1249.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 4.
18. Число детей, родившихся в данном году – 382.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 13.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 18.
21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 11224.

### ***ВАРИАНТ № 15***

1. Число детей, состоящих на учете в ДП на начало отчетного года:  
     $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  (0 – 17 лет) – 15615;  
     $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  в возрасте до года – 593.
2. Число детей, состоящих на учете в ДП на конец отчетного года:  
     $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  (0 – 17 лет) – 15430;  
     $\frac{\text{м}}{\text{ж}}$  в возрасте до года – 465.
3. Число педиатрических участков в ДП – 20.
4. Число детей 0 – 17 лет, осмотренных с профилактической целью – 13810.
5. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих профилактическим осмотрам – 13895.
6. Число заболеваний у детей 0 – 17 лет, выявленных при профосмотрах – 6902.
7. Число детей до года, поступивших под наблюдение ДП – 491.
8. Число новорожденных, поступивших под наблюдение ДП и осмотренные врачом в первые три дня после выписки из родильного дома – 484.
9. Число случаев заболеваний детей в возрасте 0 – 27 суток – 21.
10. Число новорожденных 1 группы здоровья – 212.
11. Число детей до года, находящихся под наблюдением врача без длительных перерывов – 499.
12. Число детей первого года жизни 1 группы здоровья – 313.
13. Число детей в возрасте от 3 до 6 месяцев, находящихся на грудном вскармливании – 254.
14. Число детей 0 – 17 лет, охваченных профилактическими прививками – 15822.
15. Число детей 0 – 17 лет, подлежащих иммунизации – 16020.
16. Выявлено всего заболеваний у детей первого года жизни – 1013.
17. Число случаев установления инвалидности у детей 0 – 17 лет – 9.
18. Число детей, родившихся в данном году – 484.
19. Число детей в возрасте до 5 лет, умерших за год – 5.
20. Число детей в возрасте от года до 15 лет, умерших в течение года – 13.

21. Средняя численность детей, в возрасте от 1 до 15 лет – 12968.

#### **14. Индивидуальные задания по экспертизе трудоспособности в организациях службы охраны здоровья матери и ребенка**

##### **Экспертиза трудоспособности в ЖК и стационаре родильного дома**

1. Медицинская сестра М., работающая в поликлинике № 1 и проживающая в зоне радиоактивного загрязнения поступила в родильный дом 12.02. Срок беременности 26 недель. 13.02. женщина родила живого недоношенного ребенка. Из роддома выписалась 19.02. Проведите экспертизу нетрудоспособности и оформите соответствующий документ.

2. Повару столовой № 5 К. 23.01. в ЖК был выдан листок нетрудоспособности в связи с беременностью и родами в 30 недель беременности. 27.03. женщина поступила в родильный дом. 28.03. родила двойню. Выписана из стационара 09.03. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

3. Рабочей С. 05.03. в гинекологическом отделении был произведен аборт методом вакуум-аспирации. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

4. Служащей Р., проживающей в зоне радиоактивного загрязнения 22.01. в 27 недель беременности был выдан листок нетрудоспособности в связи с беременностью и родами. 20.04. женщина родила двойню. Выписана из родильного дома 30.04. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

5. Рабочая М. поступила в родильный дом 23.04. со сроком беременности 29 недель. 24.04. родился мертвый ребенок. Выписана из родильного дома 30.04. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

6. Служащая Л., находясь в служебной командировке в городе Н., 14.02. по экстренным показаниям поступила в гинекологическое отделение с угрозой прерывания беременности в сроке 11 недель. 15.02. произведено искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

7. Рабочая В. поступила в родильный дом 28.03. в 29 недель беременности. 29.03. родила живого ребенка. Выписана из родильного дома 06.04. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

8. Служащей Н. 12.02. в гинекологическом отделении по медицинским показаниям в сроке 12 недель, проведено искусственное прерыва-

ние беременности, результатом которого явилось осложнение. Выписана 22.02. 23.02. направлена в отделение реабилитации ЖК. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

9. Служащая В., проживающая в зоне радиоактивного загрязнения, поступила в родильный дом со сроком беременности 26 недель 05.04. 06.04. родила мертвого ребенка. Выписана из родильного дома 16.04. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

10. Рабочей Л. в 30 недель беременности выдан листок нетрудоспособности по беременности и родам с 23.01. 26.03. пациентке проведена операция кесарево сечение. Выписана из родильного дома 09.04. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

11. Швея К., работающая на фабрике, 28 лет, наблюдается в женской консультации, явилась на очередной прием 22.01. Срок беременности 30 недель. 31.03. родила живого доношенного ребенка. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

12. Продавец П., работающая на территории радиоактивного загрязнения, наблюдается в женской консультации. Явилась на очередной прием 02.02. Срок беременности 27 недель. 21.04. родила живого доношенного ребенка. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

13. Инженер В., работающая на заводе, 32 года, наблюдается в женской консультации. Явилась на очередной прием 09.03. Срок беременности 30 недель. 30.04. – осложненные роды, родила живого ребенка. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

14. Кондитер Ф., 24 года, обратилась 10.02. в женскую консультацию в сроке 30 недель. 07.04. родила двойню. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

15. Рабочая Р. В срок 28 недель родила 06.04. мертвого ребенка. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

16. Бухгалтер В., работающая на территории радиоактивного загрязнения, в 26 недель (07.04.) родила живого ребенка. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

17. Экономист Л. удочерила ребенка в возрасте 2-х месяцев. Дата рождения ребенка – 04.05. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

18. Провизор Т. усыновила ребенка из родильного дома в возрасте 5 дней. Дата рождения ребенка – 05.05. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

19. Менеджеру В. 28.04. в гинекологическом отделении был произведен аборт, в послеоперационном периоде развилось кровотечение. Выписана 07.05. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

### **Экспертиза трудоспособности в ДП и детской больнице**

1. У служащей И. 23.04. заболел 4-х лет ребенок. Матери выдан листок нетрудоспособности по уходу с 23.04. по 26.04. С 27.04. уход за ребенком осуществлял отец, в связи с выходом на работу матери. Ребенок выздоровел 10.05. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

2. Рабочая К. с 09.04. по 19.04. осуществляла уход за ребенком 6 лет с диагнозом «Корь». Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

3. У рабочей В. 19.03. заболел 8 летний ребенок. Лечился дома, в связи с ухудшением состояния 22.03. ребенок госпитализирован в стационар, в дополнительном уходе не нуждался. Выписан из стационара 30.03. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

4. Служащая Р., находясь в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, 16.04. госпитализирована в гинекологическое отделение. Выписана из стационара 23.04. На время госпитализации матери за ребенком ухаживал отец. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

5. У рабочей Г. 14.05. заболел 7 летний ребенок. В связи с работой матери за ребенком ухаживал отец. Ребенок лечился амбулаторно, выздоровел 30.05. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

6. У инженера А. 12.02. заболел ребенок 11 лет, диагноз «Грипп», лечился амбулаторно. Выздоровел 22.02. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

7. У педагога М. 16.02. заболел ребенок 6 лет, диагноз – ОРВИ. За ребенком, в связи с работой матери, уход осуществляла бабушка, работающая медсестрой в больнице. Ребенок выздоровел 25.02. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

8. У продавца Р. 09.03. заболел ребенок 5 лет, диагноз – грипп, осложненный острым бронхитом. Лечился амбулаторно, выздоровел 25.03. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

9. У маляра О. 18.04. заболел ребенок 7 лет, диагноз – ОРВИ. С 18.04. по 23.04. уход за ребенком осуществляла мать, 23.04. по 31.04.

уход за ребенком осуществлял отец, работающий водителем. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

10. У кондуктора С. 14.04. заболел ребенок 12 лет, диагноз – пиелонефрит. Лечение проходил в дневном стационаре детской поликлиники. Выздоровел 30.04. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

11. У диспетчера П. 12.05. заболел ребенок 10 лет, диагноз – гастрит. Лечение проходил в дневном стационаре детской поликлиники. Выздоровел 25.05. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

12. У закройщицы Д. 07.04. заболел ребенок 7 лет, диагноз – грипп, осложненный бронхитом, выздоровел по поводу данного заболевания 24.04. Однако 23.04. у него зафиксирован перелом лучевой кости. Выздоровел 15.05., лечение получал амбулаторно. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

13. У повара М. 10.03. заболел ребенок 8 лет, диагноз - ОРВИ, выздоровел 15.03. Однако 17.03. отмечалось повышение температуры до 38,5 °С, кашель, насморк, продолжил лечение амбулаторно, выздоровел 23.03. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

14. В семье воспитателя В. 12.03. заболели одновременно оба ребенка 5 и 7 лет, диагноз – ОРВИ. Лечение получали амбулаторно, выздоровели 20.03. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

15. В семье медицинской сестры Л. 12.03. заболел ребенок 5 лет, а 15.03. заболел второй ребенок 7 лет, диагноз – ОРВИ. Лечение получали амбулаторно, выздоровели: ребенок 5 лет – 20.03.; ребенок 7 лет – 23.03. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

16. В семье экономиста Н. 10.03. заболел ребенок 5 лет, выздоровел 23.03., а 20.03. заболел второй ребенок 7 лет, выздоровел 30.03. Лечение получали амбулаторно. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

17. Ребенок 10 лет, находился на лечении в стационаре с 06.04. по 15.04. с диагнозом пневмония, в дополнительном уходе не нуждался. С 16.04. по 27.04. проходил дальнейшее лечение амбулаторно, уход осуществляла мать, работающая врачом. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

18. Гражданка Р. находилась в родильном доме в связи родами с 03.06. по 08.06. Уход за 2-х летним ребенком, не посещающим детское дошкольное учреждение, осуществлял отец, работающий программистом. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

19. Гражданка В., находясь в отпуске по уходу за ребенком до 3 лет, находилась в стационаре в связи с необходимостью ухода за другим больным ребенком 4 лет с 13.04. по 30.04. Уход за ребенком 1,5 лет осуществлял отец, работающий технологом. Проведите экспертизу трудоспособности и оформите соответствующий документ.

## **XI. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ**

1. Номенклатура ОЗ.
2. Нормативно-правовые документы РБ в области охраны здоровья матери и ребенка.
3. Организационная структура службы здоровья матери и ребенка.
4. Обязанности главного акушер-гинеколога УЗО.
5. Уровни оказания перинатальной помощи.
6. Организация амбулаторно-поликлинической помощи женскому населению.
7. Задачи женской консультации.
8. Функциональные обязанности участкового врача акушер-гинеколога.
9. Методы обследования молочной железы.
10. Диспансеризация беременных женщин и гинекологических больных.
11. Организация медицинской реабилитации гинекологических больных.
12. Организация работы АТП комплексов.
13. Работа по формированию здорового образа жизни в ЖК.
14. Оказание амбулаторной акушерско-гинекологической помощи сельскому населению.
15. Показатели деятельности женской консультации.
16. Организация лечебно-диагностической помощи беременным женщинам в стационарных организациях здравоохранения.
17. Задачи и функции акушерского стационара.
18. Обязанности врача ординатора родильного дома.
19. Санитарно-гигиенические мероприятия в приемно-смотровом отделении родильного дома.
20. Санитарно-гигиенический режим в наблюдательном отделении.
21. Организация лечебно-профилактической помощи новорожденным.
22. Организация работы детской поликлиники.
23. Структура детской поликлиники.
24. Функциональные обязанности участкового врача педиатра ДП.
25. Обязанности участковой медицинской сестры.
26. Функции кабинета здорового ребенка.
27. Организация санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в ДП.
28. Показатели работы ДП.



29. Организация стационарной лечебно-диагностической помощи детям и подросткам.

30. Порядок выдачи и оформления листков нетрудоспособности по беременности и родам.

31. Порядок выдачи и оформления листков нетрудоспособности в связи с уходом за больным ребенком, уходом за ребенком до 3 лет и ребенком инвалидом в возрасте до 18 лет в случае болезни матери либо другого лица, фактически осуществляющего уход за ребенком.

32. Требования к оформлению медицинской документации, используемой в службе охраны здоровья матери и ребенка.

## ХІІ. ЛІТЕРАТУРА

1. Конституции Республики Беларусь от 15 марта 1994 г. (с изменениями и дополнениями, принятыми на Республиканском референдуме от 24.11.1996).
2. Закон Республики Беларусь «О правах ребенка» от 19 ноября 1993 г. (в редакции от 5 июля 2004 г.).
3. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18 июня 1999 г. (в редакции от 11 января 2002 г.).
4. Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» от 11 января 2002 г., № 91-3.
5. Закон Республики Беларусь «О государственных минимальных социальных стандартах» от 11.11.1999 г.
6. Национальная программа демографической безопасности Республики Беларусь на 2007-2010 годы: Утверждена Указом Президента Республики Беларусь от 26 марта 2007 года № 135.
7. Республиканская программа «Молодежь Беларуси» на 2006-2010 годы: Утверждена Указом Президента РБ от 04.04.2006 года № 200 (Национальный реестр правовых актов РБ, 2006 год, № 56, 1/7417).
8. Президентская программа «Дети Беларуси» на 2006-2010 годы: Утверждена Указом Президента РБ от 15.05.2006 года № 318 (Национальный реестр правовых актов РБ, 2006 год, № 86, 1/7590).
9. Программа национального плана действий по улучшению положения детей и охране их прав на 2004-2010 годы: Утверждена постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 18 декабря 2003 года № 166 (Национальный реестр правовых актов РБ, 2004 год № 1, 5/13558).
10. Программа развития здравоохранения РБ на 2006-2010 годы: Утверждена постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 21 августа 2006 года № 1116 (Национальный реестр правовых актов РБ, 2006 год № 145, 5/22834).
11. Постановление МЗ РБ и Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 04.02.2002 г. № 4/11 «Об утверждении инструкции о порядке заполнения и выдачи формы № 106-2/у-01 «Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти» и регистрации случаев мертворождения и смерти детей первого года жизни».
12. Постановление МЗ РБ и Министерства статистики и анализа Республики Беларусь от 04.02.2002 г. № 4/11 «Инструкция о порядке заполнения справки о рождении» и регистрации живорождения».

13. Постановление Совета Министров Республики Беларусь № 963 от 18 июня 2002 г. «О государственных минимальных социальных стандартах в области здравоохранения».
14. «Об утверждении модели конечных результатов деятельности здравоохранения административной территории Республики Беларусь на 2008 год»: Приказ МЗ РБ от 9 апреля 2008 г. № 281.
15. «О среднереспубликанских нормативах объемов медицинской помощи, предоставляемой гражданам государственными организациями здравоохранения системы Министерства здравоохранения» Республики Беларусь за счет средств бюджета на 2008 год: Приказ МЗ РБ от 15 февраля 2008 г., № 106.

## **ХІІІ. ПРИЛОЖЕНИЯ**

### **Приложение 1**

Постановление  
Министерства здравоохранения  
Республики Беларусь  
от 11 августа 2004 г. № 32

#### **Об утверждении Инструкции об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15-17 лет**

В соответствии с Программой развития первичной медико-санитарной помощи в Республике Беларусь на 2003-2007 годы, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 16 декабря 2002 г. № 1749, и на основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 23 августа 2000 г. № 1331, Министерство здравоохранения Республики Беларусь

**ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15-17 лет.
2. Начальникам управлений здравоохранения облисполкомов, председателю комитета по здравоохранению Мингорисполкома в срок до 1 января 2006 г.: организовать оказание медицинской помощи подросткам в возрасте 15-17 лет в детских организациях здравоохранения (отделениях); создать подростковые кабинеты в организациях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь детскому населению.

Первый заместитель Министра

В.В.Колбанов

Приложение 1  
к Инструкции об организации оказания медицинской помощи подросткам в возрасте 15-17 лет

Угловой штамп организации  
здравоохранения

Переводной эпикриз на подростка в возрасте 18 лет

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Число, месяц, год рождения \_\_\_\_\_
3. Домашний адрес \_\_\_\_\_
4. Место учебы (работы) \_\_\_\_\_
5. Находится под наблюдением детской организации здравоохранения (отделения) с \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Перенесенные заболевания \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Находился ли ранее под диспансерным наблюдением у врачей-специалистов (диагноз заболевания, срок наблюдения) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Осмотр врачей-специалистов: \_\_\_\_\_  
врач-педиатр участковый (врач-терапевт подростковый) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- врач-хирург \_\_\_\_\_
- врач-оториноларинголог \_\_\_\_\_
- врач-офтальмолог \_\_\_\_\_
- врач-невролог \_\_\_\_\_

врач-стоматолог детский (врач-стоматолог-терапевт) \_\_\_\_\_

врач-акушер-гинеколог (для девушек) \_\_\_\_\_

другие врачи-специалисты \_\_\_\_\_

9. Данные обследования: \_\_\_\_\_

рост, масса тела \_\_\_\_\_

общий анализ крови \_\_\_\_\_

общий анализ мочи \_\_\_\_\_

артериальное давление \_\_\_\_\_

электрокардиограмма \_\_\_\_\_

флюорография или рентгенография органов грудной клетки \_\_\_\_\_

10. Находится ли в момент передачи под диспансерным наблюдением у врачей-специалистов (диагноз, срок наблюдения, дополнительный эпикриз врача-специалиста, в котором указать динамику заболевания, проведенное лечение, результаты обследований, дальнейшие рекомендации)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Наследственная отягощенность \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. Заключение о состоянии здоровья (диагноз, физическое и половое развитие, группа здоровья, медицинская группа для занятий физической культурой) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Инвалидность, дата установления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. Группа первичного учета в Государственном регистре лиц, под-

вергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС \_\_\_\_\_

15. Сведения о профилактических прививках, реакции Манту (или прилагается форма 063/y) \_\_\_\_\_

(Врач-педиатр участковый

врач-терапевт подростковый) \_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

М.П.

Заведующий педиатрическим

отделением \_\_\_\_\_

(подпись)

(И.О.Фамилия)

М.П.

Приложение 2  
к Инструкции об организации  
оказания медицинской помощи  
подросткам в возрасте 15-17 лет

АКТ  
передачи медицинской документации  
на подростков в возрасте 18 лет из детской организации здраво-  
охранения (отделения) в организацию здравоохранения (отделение)  
для взрослого населения

"\_\_" \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

Комиссия, созданная согласно приказу главного врача \_\_\_\_\_

(наименование организации здравоохранения для взрослого насе-  
ления) \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_ 200\_\_ г. № \_\_\_\_\_ в составе:

председателя комиссии \_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия - заместитель главного

врача организации здравоохранения для взрослого населения)

членов комиссии: \_\_\_\_\_  
(инициалы, фамилия - заместитель главного врача

детской организации здравоохранения)

(заведующий педиатрическим отделением)

(инициалы, фамилия - заведующий терапевтическим отделением)

(инициалы, фамилия - врач-хирург)

(инициалы, фамилия - врач-невролог)

(инициалы, фамилия - врач-оториноларинголог)

(инициалы, фамилия - врач-офтальмолог)

рассмотрела медицинскую документацию (форма 025/у, форма 053/у,  
переводные эпикризы), представленную детской организацией здраво-  
охранения (отделением) \_\_\_\_\_

(наименование, адрес)



Представлено медицинской документации на подростков:  
всего \_\_\_\_\_ в том числе юношей \_\_\_\_\_  
(число) (число)

из них:

I группы здоровья \_\_\_\_\_ в том числе юношей \_\_\_\_\_  
(число) (число)

II группы здоровья \_\_\_\_\_ том числе юношей \_\_\_\_\_  
(число) (число)

III группы здоровья \_\_\_\_\_ том числе юношей \_\_\_\_\_  
(число) (число)

IV группы здоровья \_\_\_\_\_ в том числе юношей \_\_\_\_\_  
(число) (число)

на юношей призывного возраста, направленных на лечение (обследование) военным комиссариатом после приписки к призывному участку,

\_\_\_\_\_  
(число)

После проведенной экспертизы медицинской документации членами комиссии принято под наблюдение организации здравоохранения (отделения) для взрослого населения \_\_\_\_\_ подростков, в том числе  
(число)

\_\_\_\_\_ юношей,  
(число)

из них:

I группы здоровья \_\_\_\_\_ в том числе юношей \_\_\_\_\_  
(число) (число)

II группы здоровья \_\_\_\_\_ том числе юношей \_\_\_\_\_  
(число) (число)

III группы здоровья \_\_\_\_\_ в том числе юношей \_\_\_\_\_  
(число) (число)

IV группы здоровья \_\_\_\_\_ в том числе юношей \_\_\_\_\_  
(число) (число)

юношей призывного возраста, направленных на лечение (обследование) военным комиссариатом после приписки к призывному участку,

\_\_\_\_\_  
(число)

Не принято \_\_\_\_\_ подростков, из них юношей \_\_\_\_\_  
(число) (число)

юношей призывного возраста, направленных на лечение (обследование) военным комиссариатом после приписки к призывному участку,

\_\_\_\_\_  
(число)

Комиссия предлагает \_\_\_\_\_  
(наименование детской организации)

---

здравоохранения (отделения)  
устранить выявленные недостатки и повторно представить медицин-  
скую документацию в организацию здравоохранения (отделение) для  
взрослого населения \_\_\_\_\_

(наименование, адрес)

к

---

(указывается срок)

Председатель комиссии \_\_\_\_\_  
(подпись)  
М.П.

\_\_\_\_\_  
(И.О.Фамилия)

Члены комиссии: \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(И.О.Фамилия)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Приложение 2**  
**УТВЕРЖДЕНО**  
Постановление Министерства  
здравоохранения Республики  
Беларусь и Министерства ста-  
тистики и анализа Республики  
Беларусь 04.02.2002 № 4/11

**ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ ЗАПОЛНЕНИЯ И ВЫДАЧИ  
ФОРМЫ № 103/у-01 «МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА О  
РОЖДЕНИИ» И РЕГИСТРАЦИИ ЖИВОРОЖДЕНИЯ**

**ГЛАВА 1**  
**ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПОРЯДОК ВЫДАЧИ МЕДИЦИНСКОЙ  
СПРАВКИ О РОЖДЕНИИ**

1. Согласно статье 193 Кодекса Республики Беларусь о браке и семье рождение подлежит обязательной регистрации в государственных органах записи актов гражданского состояния (далее – органы ЗАГСа). В соответствии с Положением о порядке регистрации актов гражданского состояния в Республике Беларусь, утвержденным Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 7 июня 2000 г. № 821 «Об утверждении Положения о порядке регистрации актов гражданского состояния в Республике Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000 г. № 59, 5/3405), совершение записи акта о рождении производится на основании медицинского свидетельства о рождении или решения суда об установлении факта рождения ребенка.

2. Форма № 103/у-02 «Медицинская справка о рождении» применяется в качестве медицинского документа, подтверждающего факт рождения живого ребенка.

3. Медицинская справка о рождении выдается матери на каждый случай рождения живого ребенка. В случае отсутствия матери (болезнь, смерть, отказ от ребенка) медицинская справка о рождении выдается отцу, другим родственникам, соседям или другим лицам.

При определении живорождения и мертворождения, необходимо руководствоваться «Инструкцией об определении критериев живорождения, мертворождения и перинатального периода», утвержденной приказом-постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Государственного комитета по статистике и анализу Республики Беларусь от 9 ноября 1993 г. № 254/75 «О переходе на рекомендо-

ванные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения».

4. В случае многоплодных родов медицинская справка о рождении заполняется на каждого ребенка отдельно.

5. Медицинская справка о рождении составляется медицинским работником учреждения здравоохранения, в котором находилась мать во время родов или медицинские работники которого оказывали помощь матери во время родов и (или) в послеродовом периоде при родоразрешении вне лечебного учреждения.

Запрещается выдача медицинской справки о рождении без удостоверения факта рождения.

6. В случае смерти новорожденного в первые шесть суток жизни, заявление о рождении производится администрацией медицинского учреждения, в котором умер ребенок или медицинские работники которого констатировали факт смерти ребенка. При составлении записи акта о рождении в органах ЗАГСа учитываются пожелания родителей (матери) в отношении присваиваемых умершему ребенку фамилии и собственного имени.

7. В случае отказа матери от ребенка заявление о рождении производится администрацией учреждения, медицинские работники которого удостоверили факт рождения.

8. Если смерть в первые шесть суток жизни последовала у ребенка, личность родителей которого не установлена, регистрация рождения производится на основании решения суда об установлении факта рождения.

9. В случае утери медицинской справки о рождении, на основании письменного заявления выдается новая медицинская справка о рождении с пометкой «дубликат».

10. Главный врач (руководитель) учреждения здравоохранения назначает лицо, обязанное обеспечить контроль за достоверностью информации, содержащейся в выданных медицинских справках о рождении, и своевременностью их выдачи.

11. Бланки медицинских справок о рождении так же, как и корешки выданных справок, хранятся у лица, назначенного приказом главного врача (руководителя) учреждения ответственным за хранение и выдачу бланков медицинских свидетельств о рождении и смерти. Записи в корешках должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах медицинской справки о рождении.

12. Корешки медицинских справок о рождении, используемые для составления отчета учреждения здравоохранения, подлежат хранению по месту выдачи в течение одного года после окончания календарного, в котором выдана медицинская справка о рождении, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими инструкциями.

13. Неправильно заполненные бланки медицинских справок о рождении и соответствующие им корешки перечеркиваются, на их лицевой стороне делается запись «испорчено»; испорченные бланки хранятся и уничтожаются вместе с корешками от выданных медицинских справок о рождении.

## ГЛАВА 2 ПОРЯДОК ЗАПОЛНЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ СПРАВКИ О РОЖДЕНИИ

14. Медицинская справка о рождении заполняется на любом из государственных языков Республики Беларусь ручкой с фиолетовой (черной) пастой, разборчивым почерком или на пишущей машинке (принтере). Заполнению в обязательном порядке подлежат все пункты справки.

15. Заполнение медицинской справки о рождении производится путем внесения необходимых сведений в предусмотренные графы или отметки крестиком ячейки, соответствующей ответу из предложенного списка согласно приложению к Инструкции о порядке заполнения и выдачи формы № 103/у-02 «Медицинская справка о рождении» и регистрации живорождения:

даты приводятся арабскими цифрами в одну строку в последовательности число, месяц, год;

все цифровые данные должны вноситься справа, в пустые клетки слева добавляется цифра 0;

если установить сведения не представляется возможным, в соответствующую графу вносится запись «не известно» или соответствующие ячейки перечеркиваются и рядом с ними на свободном месте делается запись «неизвестно»;

в случае исправлений на полях документа должна быть сделана отметка об их достоверности, подписанная лицом, вносившим исправления и заверенная печатью учреждения, выдавшего справку.

16. В пункт 1 после указания должности вносится фамилия, имя, отчество лица, удостоверяющего факт рождения ребенка.

17. В пункт 2 вписывается фамилия, имя, отчество матери.

18. В пункт 3 вносятся сведения о месте постоянного жительства матери (место прописки). При записи наименования населенного пункта указывается его тип: г. – город, пгт. – поселок городского типа, п. – поселок, д. – деревня. Например, поселок городского типа Костюковка – пгт. Костюковка.

19. В пункт 4 вписываются сведения о месте родов.

20. В пункте 5 указывается порядок родов (одноплодные роды, первый из двойни, второй из двойни). При другом порядке родов, необходимо вписать каким по счету и от каких родов родился ребенок (второй из тройни, третий из пятиплодных родов и тому подобное).

21. В пункте 6 указывается дата и время рождения ребенка.

22. В пункте 7 указывается пол ребенка.

23. В пункт 8 вписывается масса тела ребенка (плода) при рождении в граммах с точностью до грамма.

24. В пункт 9 вносится длина тела ребенка (плода) при рождении в сантиметрах с точностью до 0.5 сантиметра.

25. В пункте 10 арабскими цифрами указывается группа учета новорожденного в Белорусском государственном регистре лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (далее – государственный регистр), утвержденном постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 5 мая 1993 г. №283 «О создании Белорусского государственного регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» (Собрание постановлений Правительства Республики Беларусь, 1993 г., № 13, ст. 236; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 1999 г. № 55, 5/1230).

При заполнении медицинской справки о рождении возможны два варианта ответов: 0 – учету в государственном регистре не подлежит; 4 – ребенок (плод), родившийся от лиц, отнесенных к 1-3 группам первичного учета в государственном регистре.

26. Пункт 11 «Специальные сведения» из-за их конфиденциального характера содержит информацию в закодированном виде и заполняется на основании данных медицинской документации, отражающей

наблюдение за беременной женщиной, роженицей, родильницей, новорожденным и ребенком первого года жизни, а так же со слов матери.

В подпункте «А» пункта 11 арабскими цифрами указывается порядковый номер настоящей беременности.

В подпункте «В» пункта 11 арабскими цифрами отмечается порядковый номер настоящих родов.

В подпункте «С» пункта 11 указывается дата первого дня последних (число, месяц, год) месячных.

В подпункте «D» пункта 11 указывается срок беременности в днях.

Подпункт «Е» пункта 11 содержит сведения о числе родившихся живыми детей от беременностей, предшествовавших настоящей.

Данные подпунктов «В» и «Е» могут не совпадать в тех случаях, когда при предшествовавших беременностях имели место многоплодные роды и/или мертворождения.

В подпункте «F» пункта 11 приводится число мертворождений, имевших место при предшествовавших беременностях.

В подпункте «G» пункта 11 указывается число самопроизвольных аборт (выкидышей) и аборт, произведенных по медицинским и социальным показаниям.

В подпункте «H» пункта 11 указывается число прерываний беременности, включая число искусственных медицинских аборт и вакуум-аспираций.

Подпункт «I» пункта 11 содержит сведения о числе живых к настоящему моменту детей у матери.

Данные подпунктов «Е» и «I» могут не совпадать. Число, указанное в подпункте «Е» будет больше, чем в пункте «I» в том случае, когда до момента настоящих родов хотя бы один из ранее родившихся детей умер.

В подпункте «J» пункта 11 указывается дата окончания последней из предшествовавших настоящей беременностей (число, месяц, год). Если точную дату установить не представляется возможным, то вносится запись: за 2 года перед настоящими родами, за 10 месяцев перед настоящими родами и тому подобное.

В подпункте «K» пункта 11 содержится информация об исходе беременности, предшествовавшей настоящей (1 – роды живым плодом, 2 – роды мертвым плодом, 3 – аборт самопроизвольный и по медицинским показаниям, 4 – прерывание беременности путем медицинского аборт или вакуум аспирации).

Если беременность у матери первая, то подпункты «Е-К» не заполняются. В случае первых родов при повторной беременности заполняются подпункты «G», «H», «J», «K».

27. Дата выдачи медицинской справки о рождении оформляется словесно-цифровым способом: например, 29 декабря 2001 г.

28. Подпись лица, выдавшего медицинскую справку о рождении, заверяется печатью медицинского учреждения.

29. Запись о выдаче медицинской справки о рождении (дата выдачи, номер) должна быть сделана в соответствующих медицинских документах: форме № 096/у «История родов» и форме № 097/у «История развития новорожденного», утвержденных приказом Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения, заключений Медико-реабилитационных экспертных комиссий (МРЭК)».

30. Врач, ответственный за проверку правильности заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти в органах ЗАГСа, в случае обнаружения ошибочно указанных сведений при заполнении медицинской справки о рождении обязан:

уточнить данные с медицинским работником, выдавшим медицинскую справку о рождении и внести в нее соответствующие исправления; провести анализ неправильно заполненных медицинских справок о рождении на врачебных конференциях, медицинских советах.

31. Органы государственной статистики имеют право осуществлять контроль за правильностью заполнения медицинских справок о рождении.

32. При наличии бланков формы № 103/у-01 «Медицинская справка о рождении», утвержденной приказом-постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Государственного комитета по статистике и анализу Республики Беларусь от 9 ноября 1993 г. № 254/75 «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения», разрешается их использование.



Приложение  
к Инструкции о порядке заполнения  
и выдачи формы № 103/у-01  
«Медицинская справка о рождении»  
и регистрации живорождения

ОБРАЗЦЫ ВНЕСЕНИЯ ДАННЫХ  
В МЕДИЦИНСКУЮ СПРАВКУ О РОЖДЕНИИ

**неправильно**

**правильно**

1. Порядок написания дат: 29 ноября 1987 г.

1	1	2	9	1	9	8	7
число		месяц		год			

2	9	1	1	1	9	8	7
число		месяц		год			

2. Порядок внесения цифровых данных:

9	8	0	
---	---	---	--

0	9	8	0
---	---	---	---

3. Порядок внесения пропущенных сведений:

пустое место			

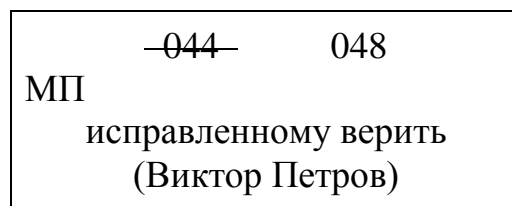
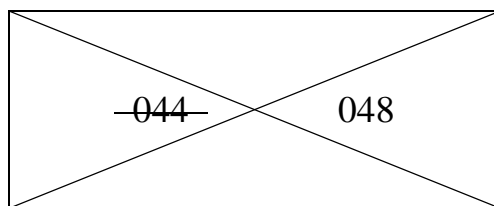
не известно			
-------------	--	--	--

4. Порядок ответа на вопросы:

мужской	1		женский	2	
---------	---	--	---------	---	--

мужской	1	x	женский	2	
---------	---	---	---------	---	--

5. Порядок внесения исправлений:



### Приложение 3

УТВЕРЖДЕНО

Постановление Министерства  
здравоохранения Республики  
Беларусь и Министерства ста-  
тистики и анализа Республики  
Беларусь 04.02.2002 № 4/11

## **ИНСТРУКЦИЯ О ПОРЯДКЕ ЗАПОЛНЕНИЯ И ВЫДАЧИ ФОРМЫ № 106-2/у-01 «ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТИ» И РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЕВ МЕРТВОРОЖДЕНИЯ И СМЕРТИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

### Глава 1

## **ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ПОРЯДОК ВЫДАЧИ ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТИ**

1. Согласно статье 193 Кодекса Республики Беларусь о браке и семье (далее - Кодекс) рождение и смерть подлежат обязательной регистрации в государственных органах записи актов гражданского состояния (далее – органы ЗАГСа).

2. Согласно статье 205 Кодекса заявление о рождении производится родителями либо одним из них, родственниками, соседями, администрацией медицинского учреждения, в котором находилась мать при рождении ребенка или другими лицами.

В соответствии со статьей 220 Кодекса заявление о смерти может быть сделано родственниками умершего, его соседями, работниками жилищно-эксплуатационных организаций, администрацией учреждения, в котором последовала смерть, а так же другими лицами.

3. В соответствии с Положением о порядке регистрации актов гражданского состояния в Республике Беларусь, утвержденным Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 7 июня 2000 г. № 821 «Об утверждении Положения о порядке регистрации актов гражданского состояния в Республике Беларусь» (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2000 г. № 59, 5/3405), совершение записи акта о рождении мертвого плода производится на основании медицинского свидетельства о рождении мертвого плода или решения суда об установлении факта рождения мертвого плода. В статье 219 Кодекса определено, что регистрация смерти производится на основании меди-

цинского свидетельства о смерти или решения суда об установлении факта смерти.

4. Форма № 106-2/у-01 «Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти» применяется в качестве медицинского документа, подтверждающего факт рождения мертвого плода или факт смерти ребенка первого года жизни.

5. Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти выдается родильными домами, больничными, амбулаторно-поликлиническими учреждениями, диспансерами, интернатами, домами ребенка, патологоанатомическими бюро (отделениями) и учреждениями Государственной службы медицинских судебных экспертиз (далее – медицинскими учреждениями) на все случаи мертворождения или смерти детей на первом году жизни.

При определении живорождения и мертворождения, следует руководствоваться Инструкцией об определении критериев живорождения, мертворождения и перинатального периода, утвержденной приказом-постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь и Государственного комитета по статистике и анализу Республики Беларусь от 9 ноября 1993 г. № 254/75 «О переходе на рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения критерии живорождения и мертворождения».

6. Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти составляется в двух экземплярах, один из которых остается в учреждении, выдавшем свидетельство.

7. В случае смерти детей (плодов) при многоплодных родах врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти выдается на каждого ребенка (плод) отдельно.

8. В случае мертворождения или смерти ребенка первого года жизни в учреждении здравоохранения врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти составляется лечащим врачом данного учреждения или лицом, его заменяющим, на основании наблюдения за течением беременности и родов у матери ребенка (плода), наблюдения за больным ребенком и записей в медицинской документации; патологоанатомом или судебно-медицинским экспертом на основании изучения медицинской документации и результатов вскрытия.

9. Направление трупа для проведения патологоанатомического исследования или отказа от проведения вскрытия в случае мертворождения или смерти ребенка в учреждении здравоохранения, определяется Положением о порядке патологоанатомического исследования трупов

умерших больных в лечебно-профилактических учреждениях, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июня 1993 г. № 111 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы Республики Беларусь» и приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 28 января 1994 г. № 29 «Об изменениях и дополнениях к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 июня 1993 г. № 111 «О дальнейшем совершенствовании патологоанатомической службы Республики Беларусь».

10. В случае мертворождения или гибели новорожденного при родах, произошедших без помощи медицинских работников, врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти выдается судебно-медицинским экспертом после вскрытия.

11. Направление трупа для проведения судебно-медицинского исследования осуществляется в соответствии с нормами Уголовно-процессуального кодекса Республики Беларусь постановлением лица, производящего дознание, следователя, прокурора, судьи или определения суда. Проведение судебно-медицинской экспертизы регламентируется Инструкцией о производстве судебно-медицинской экспертизы в Республике Беларусь, утвержденной постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 31 декабря 1998 г. № 2035 «Вопросы Белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы» (Собрание декретов, указов Президента и постановлений Правительства Республики Беларусь, 1999 г., № 2, ст. 29) и Правилами судебно-медицинской экспертизы трупа в Республике Беларусь, утвержденными приказом Белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы от 1 июля 1999 г. № 38-с «О нормативно-методических документах Белорусской государственной службы судебно-медицинской экспертизы».

12. Обязанность произвести заявление о мертворождении или гибели младенца первых шести суток жизни возлагается на администрацию учреждения, где наступила смерть (мертворождение) или учреждение Государственной службы медицинских судебных экспертиз, проводившей вскрытие. Заявление в органы ЗАГСа о мертворождении производится в трехдневный срок с даты мертворождения (или даты обнаружения мертворожденного); о смерти младенца первых шести суток жизни - в семидневный срок с момента наступления смерти (момента обнаружения трупа младенца).

При регистрации мертворождения учитываются пожелания родителей (матери) в отношении присваиваемой мертворожденному фамилии.

13. В случаях производства вскрытий в централизованных патолого-анатомических бюро (отделениях) или патологоанатомических отделениях другого учреждения, местные органы здравоохранения устанавливают порядок передачи заполненных врачебных свидетельств о перинатальной и младенческой смерти в учреждения здравоохранения, откуда были доставлены умершие младенцы (мертворожденные), для того, чтобы последние произвели заявление о мертворождении или смерти в органы ЗАГСа.

Полученное в органах ЗАГСа «Свидетельство о смерти» выдается родителям умершего младенца или другим лицам, перечисленным в пункте 2 Инструкции о порядке заполнения и выдачи формы № 106-2/у-01 «Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти» и регистрации случаев мертворождения и смерти детей первого года жизни настоящей (далее – Инструкция).

При желании родственников произвести заявление о мертворождении или гибели младенца первых шести суток жизни на основании письменного заявления им выдается один экземпляр врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти. В подобных случаях администрация медицинского учреждения осуществляет контроль за сроками обращения родственников с соответствующим заявлением в органы ЗАГСа.

14. В случае смерти ребенка в возрасте 7-365 (366) дней один экземпляр врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти выдается родителям умершего младенца или другим лицам, перечисленным в пункте 2 настоящей Инструкции.

15. Выдача трупа ребенка без врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти запрещается. При желании родственников произвести захоронение младенца (плода) в случае перинатальной смерти, труп должен быть выдан им после заявления медицинским учреждением о факте смерти (мертворождения) в органы ЗАГСа.

Если захоронение ребенка 7-365 дней жизни производится медицинским учреждением, то данное учреждение в соответствии со статьей 221 Кодекса заявляет о смерти в органы ЗАГСа не позднее семи дней с момента наступления смерти или обнаружения умершего.

16. Если смерть произошла дома и не требуется производства судебно-медицинского исследования, врачебное свидетельство о перинаталь-

ной и младенческой смерти выдается участковым педиатром (лечащим врачом) после составления им посмертного эпикриза.

В случае отсутствия участкового педиатра (отпуск, болезнь), врачебное свидетельство о смерти выдается лицом, его заменяющим, на основании записей, сделанных участковым педиатром в медицинской документации.

Запрещается выдача врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти без личного установления врачом (или работающим с ним средним медицинским работником) факта смерти.

17. В случае утери врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти на основании письменного заявления выдается новое врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти с пометкой «дубликат».

18. Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти выдается с пометкой «окончательное» или «предварительное», или «взамен предварительного».

Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти с отметкой «предварительное» выдается в случаях, если по каким-либо причинам задерживается вскрытие (в этом случае причина смерти указывается в соответствии с заключительным клиническим диагнозом), когда для установления или уточнения причины необходимо произвести дополнительные исследования (например, бактериологические, гистологические, химические и прочие).

Если было выдано предварительное врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти, то после производства вскрытия, дополнительных исследований, уточнения причины и рода смерти составляется новое свидетельство и с отметкой «взамен предварительного № \_\_\_\_ » пересылается учреждением здравоохранения непосредственно статистическому управлению (города, области) как правило, не позднее чем через месяц после выдачи предварительного свидетельства о смерти.

Если было выдано врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти с пометкой «окончательное», но в дальнейшем выявилась ошибка в записи диагноза, следует составить новое свидетельство с надписью, сделанной от руки «взамен окончательного врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти № \_\_\_\_ » и направить его непосредственно в статистическое управление области (города).

В отдельных случаях по письменному заявлению родственников им может быть выдано новое врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти «взамен предварительного» для предъявления в органы ЗАГСа с целью внесения соответствующих изменений в запись акта о смерти и получения нового «Свидетельства о смерти», в котором будет указана уточненная причина смерти.

19. Главный врач (руководитель) медицинского учреждения назначает лицо, обязанное обеспечить контроль за достоверностью составленных врачебных свидетельств о перинатальной и младенческой смерти, своевременностью их представления в органы ЗАГСа а также своевременностью выдачи родственникам умершего младенца.

20. Пронумерованные бланки и вторые экземпляры выданных врачебных свидетельств о перинатальной и младенческой смерти хранятся у лица, назначенного приказом главного врача (руководителя) медицинского учреждения ответственным за хранение и выдачу бланков медицинских свидетельств о рождении и смерти.

21. Вторые экземпляры врачебных свидетельств о перинатальной и младенческой смерти, записи в которых должны полностью совпадать с записями, сделанными в соответствующих пунктах выданных экземпляров, подлежат хранению по месту выдачи в течение 1 года после окончания календарного, в котором выдано свидетельство, после чего подлежат уничтожению в соответствии с действующими Инструкциями.

22. Неправильно заполненные бланки врачебных свидетельств о перинатальной и младенческой смерти перечеркиваются, на их лицевой стороне делается запись «испорчено»; испорченные бланки хранятся и уничтожаются вместе со вторыми экземплярами выданных врачебных свидетельств о перинатальной и младенческой смерти.

## Глава 2

### ПОРЯДОК ЗАПОЛНЕНИЯ ВРАЧЕБНОГО СВИДЕТЕЛЬСТВА О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТИ

23. Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти заполняется на любом из государственных языков Республики Беларусь ручкой с фиолетовой или черной пастой разборчивым почерком или на печатной машинке (принтере) согласно приложению 1 к настоящей Инструкции:

даты приводятся арабскими цифрами в одну строку в последовательности число, месяц, год;



все цифровые данные должны вноситься справа, в пустые клетки слева добавляется цифра 0;

если установить сведения не представляется возможным, в соответствующую графу вносится запись «не известно» или соответствующие ячейки перечеркиваются и рядом с ними на свободном месте делается запись «не известно»;

в случае исправлений на полях документа должна быть сделана отметка об их достоверности, подписанная лицом, вносившим исправления и заверенная печатью учреждения, выдавшего свидетельство.

24. Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти содержит пункты, подлежащие заполнению только в случае перинатальной смерти (мертворожденные и младенцы, умершие в возрасте 0-6 суток). Они помечены одной звездочкой. Те пункты, информация в которые вносится только в случае смерти младенца 7-365(366) суток, помечены двумя звездочками.

Пункт 1 свидетельства о перинатальной и младенческой смерти в случае мертворождения заполняется после регистрации органами ЗАГСа факта мертворождения.

Пункт 20 заполняется только если смерть последовала в результате несчастного случая, травмы или отравления.

25. Перед заполнением свидетельства врач (эксперт) путем подчеркивания соответствующего обозначения делает отметку о его характере (предварительное, взамен предварительного или окончательное).

26. Далее путем подчеркивания делается отметка о периоде наступления смерти (мертворожденный, умер в возрасте 0-6 дней, умер в возрасте 7-365 (366) дней).

27. В пункте 1 указываются фамилия, имя и отчество умершего ребенка.

28. В пункте 2 указывается пол умершего ребенка (мертворожденного).

29. В пункт 3 вносится дата рождения умершего на первом году жизни ребенка или дата мертворождения. В случае мертворождения и смерти детей первого месяца жизни обязательно указывается время рождения (часы, минуты).

30. В пункте 4 указывается дата смерти ребенка. Для детей первого месяца жизни обязательно указывается время смерти (часы, минуты).

31. В пункт 5 вносится место наступления смерти (мертворождения).

32. В пункте 6 арабскими цифрами указывается группа учета умершего ребенка (мертворожденного) в Белорусском государственном регистре лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской атомной электростанции (далее – государственный регистр), утвержденном постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 5 мая 1993 г. № 283 «О создании Белорусского государственного регистра лиц, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» (Собрание постановлений Правительства Республики Беларусь, 1993 г. №13, ст. 236; Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь 1999 г., № 55, 5/1230).

При заполнении врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти возможны два варианта ответов: 0 – учету в государственном регистре не подлежит; 4 – ребенок (плод), родившийся от лиц, отнесенных к 1-3 группам первичного учета в государственном регистре.

33. В пункт 7 вписывается фамилия, имя, отчество матери.

34. В пункт 8 вносится дата рождения матери.

35. В представленном в пункте 9 перечне возможных вариантов образования матери необходимо отметить соответствующую клетку.

36. Из представленного в пункте 10 перечня возможных вариантов брачного состояния матери необходимо отметить соответствующую клетку.

После заполнения пункта 10 путем подчеркивания необходимо сделать отметку об источнике получения сведений о брачном состоянии матери (со слов матери, на основании записей в паспорте матери).

37. В пункт 11 вписываются сведения о постоянном месте жительства (место прописки) матери умершего ребенка (мертворожденного). При записи наименования населенного пункта указывается его тип: г. – город, пгт. – поселок городского типа, п. – поселок, д. – деревня. Например, поселок городского типа Костюковка – пгт. Костюковка.

38. В пункте 12 указывается дата рождения отца.

39. В представленном в пункте 13 перечне возможных вариантов образования отца необходимо отметить соответствующую клетку.

40. Пункт 14 заполняется только в случае перинатальной смерти. Из предложенного перечня необходимо выбрать и отметить в соответствующей клетке должность лица, принимавшего роды.

41. В приведенном в пункте 15 перечне возможных вариантов порядка рождения необходимо заполнить соответствующую клетку.

42. Пункт 16 «Специальные сведения» из-за их конфиденциального характера содержит информацию в закодированном виде и заполняется на основании данных медицинской документации, отражающей наблюдение за беременной женщиной, роженицей, родильницей, новорожденным и ребенком первого года жизни, а так же со слов матери.

В подпункте «А» пункта 16 арабскими цифрами указывается порядковый номер настоящей беременности.

В подпункте «В» пункта 16 арабскими цифрами отмечается порядковый номер настоящих родов.

Подпункт «С» пункта 16 заполняется только в случае перинатальной смерти. В нем указывается дата первого дня последних (число, месяц, год) месячных.

В подпункте «D» пункта 16 указывается срок беременности в днях.

Подпункт «Е» пункта 16 содержит сведения о числе родившихся живыми детей от беременностей, предшествовавших настоящей.

Данные подпунктов «В» и «Е» могут не совпадать в тех случаях, когда при предшествовавших беременностях имели место многоплодные роды и (или) мертворождения.

В подпункте «F» пункта 16 приводится число мертворождений, имевших место при предшествовавших беременностях.

В подпункте «G» пункта 16 указывается число самопроизвольных аборт (выкидышей) и аборт, произведенных по медицинским и социальным показаниям.

В подпункте «H» пункта 16 указывается число прерываний беременности, включая число искусственных медицинских аборт и вакуум-аспираций.

Подпункт «I» пункта 16 содержит сведения о числе живых к настоящему моменту детей у матери.

Данные подпунктов «Е» и «I» могут не совпадать. Число, указанное в подпункте «Е» будет больше, чем в пункте «I» в том случае, когда до момента настоящих родов хотя бы один из ранее родившихся детей умер.

В подпункте «J» пункта 16 указывается дата окончания последней из беременностей, предшествовавших настоящей (число, месяц, год). Если точную дату установить не представляется возможным, то вносится запись: за 2 года перед настоящими родами, за 10 месяцев перед настоящими родами и тому подобное.

В подпункт «К» пункта 16 арабскими цифрами вносятся данные об исходе беременности, предшествовавшей настоящей: 1 – роды живым плодом, 2 – роды мертвым плодом, 3 – аборт самопроизвольный и по медицинским показаниям, 4 – прерывание беременности путем медицинского аборта или вакуум аспирации.

Если беременность у матери первая, то подпункты «Е-К» не заполняются. В случае первых родов, при повторной беременности заполняются подпункты «G», «H», «J», «K»

43. В пункт 17 вписывается масса тела ребенка (плода) при рождении в граммах с точностью до грамма.

44. В пункт 18 вносится длина тела ребенка (плода) при рождении в сантиметрах с точностью до 0.5 сантиметра.

45. В пункте 19 врач, заполняющий врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти, указывает свою фамилию, имя, отчество, должность; отмечает основание, позволяющее ему определить последовательность патологических процессов, приведших к смерти, и указывает причину смерти.

Раздел пункта 19, предназначенный для записи причины смерти, состоит из трех частей: I, II, III.

46. Первая часть (I) подразделяется на 2 строки (а и б). В строке а) записывается непосредственная причина смерти, то есть травма, болезнь или состояние, которые непосредственно привели к смерти<sup>1</sup>.

В качестве непосредственной причины смерти не должны указываться симптомы и синдромы, сопровождающие наступление смерти (механизм смерти) такие как сердечная, дыхательная, почечная или печеночная недостаточность, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания и прочие, если они не являются единственным известным состоянием, обусловившим смерть.

В строке (б) врач указывает основную (первоначальную)<sup>2</sup> причину смерти, то есть то заболевание или травму, вызвавшее последовательный ряд болезненных процессов, которые обусловили непосредственную причину смерти. Например: некротический энтероколит, транспо-

---

<sup>1</sup> Чаще всего непосредственной причиной смерти являются осложнения основного заболевания. Например: перитонит при некротическом энтероколите, тромбоэмболия при хирургической коррекции врожденного порока сердца, пневмония при болезни Дауна, цирроз печени при врожденной атрезии желчных протоков и прочие

<sup>2</sup> На международной конференции по Шестому пересмотру первоначальная причина смерти определена как а) «болезнь или травма, вызвавшая цепь болезненных процессов, непосредственно приведших к смерти», или б) «обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму»

зияция магистральных сосудов, болезнь Дауна, врожденная атрезия желчных протоков и прочие.

Таким образом, в I части пункта 19 должны быть указаны состояния, этиологически и патогенетически связанные. Причем непосредственная причина смерти (строка а) является следствием заболевания, указанного в строке б).

47. Запись причины смерти может закончиться строкой а), если основное заболевание непосредственно вызвало смерть: врожденный токсоплазмоз, диабетическая фетопатия, дизентерия, менингококкцемия и прочие.

48. В случае смерти от несчастных случаев, убийств, оставления без помощи и так далее в пункте 19 указываются локализация и характер травмы (характер отравления и так далее). В строке а) записывается непосредственная причина смерти (например, кровотечение, эмболия и другие). В строке б) указывается локализация и характер повреждения, обусловившего непосредственную причину смерти (например, повреждение бедренной артерии, множественные переломы конечностей и так далее). Внешнее обстоятельство несчастного случая указывается в пункте 20. Например: падение с кровати, пассажир автобуса, пострадавший при его столкновении с грузовым автомобилем.

При смерти от несчастного случая, травмы непосредственная причина смерти может так же явиться основной. Например, травматическая ампутация головы, отравление барбитуратами, асфиксия вследствие закрытия дыхательных путей инородным телом и так далее.

49. Если смерть наступила в результате осложнений хирургических вмешательств или терапевтических процедур, в качестве непосредственной причины смерти указывается характер осложнения, например, шок, связанный с проведением анестезии. В качестве основной причины смерти должно быть указано состояние, по поводу которого производилось вмешательство, например, острый аппендицит. Внешняя причина смерти указывается в пункте 20. Например, неблагоприятная реакция на бензодиазепины.

50. В тех случаях, когда причину смерти ребенка (плода) установить не удастся, в строке а) раздела I следует записать: «Причина смерти ребенка не установлена (мацерация, гниlostные изменения и так далее)».

51. Во второй части (II) пункта 19 врачом отмечаются прочие заболевания, существовавшие к моменту смерти и оказавшие неблагоприятное влияние на течение основного заболевания, вызвавшего смерть, но причинно не связанные с заболеванием или его осложнением, послужив-

шим непосредственной причиной смерти (например, недоношенность или переносимость при диабетической фетопатии, гипотрофия при острой кишечной инфекции, дефект в мышечной части межжелудочковой перегородки при врожденной пневмонии).

52. Третий (III) раздел заполняется только в случае мертворождения и смерти новорожденного в первые шесть суток жизни. Данный раздел (строки с) и d)) предусмотрен для записи состояний матери или последа, способствовавших или обусловивших смерть плода в перинатальном периоде. Наиболее важное состояние записывается в строке с), а другие, если таковые имеются, в строке d). Например, гнойный хориоамнионит при врожденном сепсисе, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при интранатальной асфиксии и прочие.

53. В ряде случаев, когда не представляется возможным установление заболевания (состояния) матери, состояния последа, которые смогли бы оказать неблагоприятное влияние на ребенка (плод), в строке с) следует записать: «причина со стороны материнского организма не установлена».

54. После установления непосредственной и основной причины смерти ребенка (плода) в предусмотренные клетки врач вписывает их код в соответствии с четырехзначной подрубкой Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, Десятого пересмотра, принятой в 1989 г. Сорок третьей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения (далее – МКБ-10). Если основная причина смерти является непосредственной, то один и тот же код проставляется дважды.

55. После установления основного заболевания (состояния) матери, способствовавшего гибели ребенка (плода) в перинатальном периоде, врач в клетку «Место для кода основного заболевания матери» вписывает их код в соответствии с четырехзначной рубрикой МКБ-10.

56. В каждой строке раздела I (основная и непосредственная причина смерти) и в строке с) раздела III (основное состояние матери или последа) может быть указано только одно состояние.

57. В случае смерти ребенка от туберкулеза органов дыхания при формулировании диагноза необходимо указывать был ли данный диагноз хотя бы раз один за время течения болезни подтвержден бактериологически или гистологически.

58. Рубрику P00 не следует использовать при шифровке состояний матери, способствовавших или обусловивших гибель плода в перинатальном периоде. Вместо них необходимо проставлять код из того клас-

са, к которому относится данное состояние и на который имеется соответствующая ссылка в подрубриках вышеназванной рубрики. Например, поражения плода и новорожденного, обусловленные болезнями почек и мочевыводящих путей у матери (P00.1) кодируются по соответствующему состоянию в N00-N39.

59. Для кодирования состояний, указанных в рубриках P01-P03 можно использовать как шифры подрубрик данных рубрик, так и шифры соответствующих рубрик и подрубрик класса XV МКБ-10. Например, если поражение новорожденного было связано с неправильным (ягодичным) предлежанием плода перед родами, в клетке «Место для кода основного заболевания матери» может быть проставлен код O32.1 (класс XV) или P01.7 (класс XVI).

60. Состояния, указанные в P07 (расстройства, связанные с укорочением срока беременности и малой массой тела при рождении, не классифицированные в других рубриках) и P08 (расстройства, связанные с удлинением срока беременности и большой массой тела при рождении) не могут являться ни непосредственной, ни основной причиной смерти, если они не являются единственным известным состоянием плода или новорожденного.

61. Пункт 20 заполняется в случае смерти от несчастного случая, отравления или травмы (в том числе во время хирургических и терапевтических вмешательств) и состоит из трех подпунктов.

В подпункте а) указываются дата несчастного случая отравления или травмы.

В подпункте б) представлен перечень травм по их виду, необходимо заполнить одну клетку.

В подпункте с) в соответствии с классом XX МКБ-10 записываются место и обстоятельства, при которых произошла смерть. При транспортных несчастных случаях внешняя причина смерти формулируется в соответствии с четырехзначными подрубриками рубрик V01-V99 класса XX МКБ-10. При всех других несчастных случаях место и обстоятельства, при которых произошла смерть, могут быть записаны в соответствии с трехзначными рубриками класса XX МКБ-10. Например: случайное отравление нейролептиками, утопление с целью убийства, случайное падение с лестницы и так далее.

62. После определения внешней причины смерти в предусмотренную для этого клетку врач (эксперт) вписывает ее код в соответствии с четырехзначной подрубрикой класса XX МКБ-10.

Примеры правильного заполнения пунктов 19-20 врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти даны в приложении 2 к настоящей Инструкции.

63. В пункте 21 из предложенного перечня необходимо отметить клетку, соответствующую специальности врача, установившего причину смерти (мертворождения).

64. После заявления о мертворождении или смерти ребенка в первые шесть суток жизни в органы ЗАГСа администрацией медицинского учреждения, в оставшемся в учреждении экземпляре врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти, указываются дата составления и номер записи акта о рождении или смерти и в пункт 1 вписывается фамилия мертворожденного.

«Свидетельство о смерти», полученное в органах ЗАГСа, до выдачи родителям умершего младенца (мертворожденного) или другим лицам находится у лица, ответственного за хранение и выдачу бланков медицинских свидетельств о рождении и смерти.

65. При выдаче врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смертности для осуществления заявления о смерти в органы ЗАГСа лицам, перечисленным в пункте 2, указывается дата выдачи свидетельства; подпись врача, выдавшего свидетельство, заверяется печатью учреждения.

Если, у лица, получающего врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти, имеется в наличии документ, удостоверяющий личность, водительское удостоверение или иной документ, подтверждающий личность, в остающемся в медицинском учреждении экземпляре указывается номер документа, его серия, а так же вносятся сведения о том, кем и когда выдан документ.

66. Запись о выдаче врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти (его дата, номер, указание причины смерти и фамилия врача или эксперта, выдавшего свидетельство) должна быть сделана в соответствующих медицинских документах: форме № 112/у «История развития ребенка», форме № 096/у «История родов», форме № 097/у «История развития новорожденного», форме № 025/у «История болезни стационарного больного», форме № 013/у «Протокол вскрытия», утвержденных приказом Министерства здравоохранения СССР от 4 октября 1980 г. № 1030 «Об утверждении форм первичной медицинской документации учреждений здравоохранения, заключений Медико-реабилитационных экспертных комиссий (МРЭК)»; форме № 170/у-87 «Заключение эксперта», утвержденной приказом Министерства здравоохранения СССР от 16 октября 1987 г. № 08-9/154-9 «Об изменении ме-



дицинской документации учреждений судебно-медицинской экспертизы».

67. Врач, ответственный за проверку правильности заполнения медицинских свидетельств о рождении и смерти в органах ЗАГС, в случае обнаружения ошибочно указанных сведений при заполнении врачебного свидетельства о перинатальной и младенческой смерти обязан:

уточнить данные с врачом, выдавшим врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти по первичной медицинской документации и обеспечить составление правильного окончательного свидетельства, если первоначально было выдано предварительное, или исправление окончательного в соответствии с пунктом 18 настоящей Инструкции;

провести анализ неправильно заполненных врачебных свидетельств о перинатальной и младенческой смерти на врачебных конференциях, медицинских советах и так далее.

68. Органы государственной статистики имеют право осуществлять контроль за правильностью заполнения врачебных свидетельств о перинатальной и младенческой смерти и проводить выборочный контроль соответствия проставленных в них кодов причин смерти кодам рубрик и подрубрик МКБ-10.

## Приложение 1

к Инструкции о порядке заполнения и выдачи формы № 106-2/у-01 «Врачебное свидетельство о перинатальной и младенческой смерти» и регистрации случаев мертворождения и смерти детей первого года жизни

### ОБРАЗЦЫ ВНЕСЕНИЯ ДАННЫХ ВО ВРАЧЕБНОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО О ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТИ

#### Неправильно

#### Правильно

#### 1. Порядок написания дат:

1   1	2   9	1   9   8   7
число	месяц	год

2   9	1   1	1   9   8   7
число	месяц	год

#### 2. Порядок внесения цифровых данных:

9   8   0
-----------

0   9   8   0
---------------

#### 3. Порядок внесения пропущенных сведений:

пустое место	
--------------	--

	не известно
--	-------------

4. Порядок ответа на вопросы:

<del>мужской</del> 1   <input type="checkbox"/>  , женский 2   <input type="checkbox"/>
---

мужской 1   <input checked="" type="checkbox"/>  , женский 2   <input type="checkbox"/>
---

5. Порядок внесения исправлений:

<del>044</del>	048
----------------	-----

<del>044</del>	048
МП	
исправленному верить	
(Виктор Петров)	

Приложение 2  
к Инструкции о порядке заполнения  
и выдачи формы № 106-2/у-01 «Вра-  
чебное свидетельство о перинаталь-  
ной и младенческой смерти» и реги-  
страции случаев мертворождения и  
смерти детей первого года жизни

ПРИМЕРЫ ЗАПИСИ И ШИФРОВКИ ПРИЧИН И ВНЕШНИХ  
ОБСТОЯТЕЛЬСТВ СМЕРТИ ВО ВРАЧЕБНОМ СВИДЕТЕЛЬСТВЕ О  
ПЕРИНАТАЛЬНОЙ И МЛАДЕНЧЕСКОЙ СМЕРТИ

1. Первобеременная 24 года. На 32 неделе течение беременности осложнилась нефропатией. Роды преждевременные, на 34-й неделе. Антенатальная гибель плода. На секции у плода обнаружены проявления асфиксии, при гистологическом исследовании плаценты – признаки ее хронической недостаточности.

I.   a).   Аntenатальная асфиксия	<div>Место для кода непосредственной причины</div> <div>P20.0</div>
b).   _____	<div>Место для кода основной причины</div> <div>P20.0</div>
II.   Недоношенность	
III.   c).   Хроническая недостаточность плацен- ты d).   Нефропатия	<div>Место для кода ос- новного заболева- ния матери</div> <div>O43.8</div>

2. Вторая беременность у женщины 28 лет, протекала без осложнений. Вторые роды. Интранатальная гибель доношенного плода вследствие острой недостаточности плаценты – преждевременной ее отслойки. На вскрытии у плода обнаружены морфологические признаки асфиксии.

I.	a).	Интранатальная асфиксия	Место для кода непосредственной причины	P20.1
	b).		Место для кода основной причины	P20.1
II.			Место для кода основного заболе- вания матери	O45.9
III.	c).	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты		
	d).			

3. Беременность протекала с угрозой прерывания, осложнилась нефропатией. Смерть плода наступила за 2 недели до родов. На вскрытии у недоношенного плода наряду с мацерацией обнаружены изменения, характерные для хронической внутриутробной гипоксии и асфиксии. Плацента гипоплазирована, микроскопически – хроническая недостаточность в стадии декомпенсации.

I.	a).	Аntenатальная асфиксия	Место для кода непосредственной причины	P20.0
	b).		Место для кода основной причины	P20.0
II.		Недоношенность, хроническая внутри- утробная гипоксия плода		
III.	c).	Гипоплазия плаценты		
	d).	Нефропатия, хроническая недостаточ- ность плаценты	Место для кода основного заболе- вания матери	P02.2

4.Беременность протекала нормально. Роды осложнились ранним излитием околоплодных вод, длительным безводным периодом (20 часов). Интранатальная гибель плода. После гистологического и бактериологического исследований секционного материала и плаценты установлены врожденная аспирационная пневмония колибациллярного генеза, гнойный хориоамнионит.

I.	a).	Врожденная аспирационная колибациллярная пневмония	Место для кода непосредственной причины	P23.4
	b).		Место для кода основной причины	P23.4
II.			Место для кода основного заболевания матери	O41.1
III.	c).	Гнойный хориоамнионит		
	d).	Раннее излияние околоплодных вод		

5. Незадолго до родов у матери лихорадка, ангина. Роды на 35-й неделе. Ребенок вялый, температура  $37.7^0$ , на коже, слизистой глотки папулезная сыпь. Смерть на 4-е сутки после рождения. При вскрытии выявлена морфология листериозного сепсиса, диагноз подтвержден гистологическим и бактериологическим исследованием.

6.

I.	a).	Врожденный листериоз	Место для кода непосредственной причины	P37.2
	b).		Место для кода основной причины	P37.2

II. \_\_\_\_\_

Место для кода  
основного заболе-  
вания матери

III.      Листериоз у матери во время беремен-  
с).      ности  
d). \_\_\_\_\_

A32.9
-------

Учебное издание

**Глушанко** Василий Семенович,  
**Тимофеева** Алина Петровна, **Колосова** Татьяна Викторовна,  
**Мороз** Диана Валентиновна

**АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОРГАНИЗАЦИЙ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ  
МАТЕРИ И РЕБЕНКА**

Под редакцией доктора медицинских наук,  
профессора В.С. Глушанко

**Учебно-методическое пособие**

Редактор В.С. Глушанко  
Технический редактор И.А.Борисов  
Компьютерная верстка Н.А. Могучая, А.П. Тимофеева  
Корректор Т.В. Колосова, Н.А. Могучая

Подписано в печать \_\_\_\_\_ Формат бумаги 64х84 1/16  
Бумага типографская №2. Гарнитура \_\_\_\_\_. Усл. печ. листов \_\_\_\_\_.  
Уч.-изд. л. \_\_\_\_\_. Тираж \_\_\_\_\_ экз. Заказ № \_\_\_\_\_.  
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный  
медицинский университет»  
ЛИ № 02330/0549444 от 08.04.09

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном медицинском университете.  
210602, Витебск, Фрунзе, 27  
Тел. (8-0212) 261966